

Rencontre initiale

Nom de famille : _____	Prénom : _____		
Adresse : _____	App : _____	Ville : _____	Code postal : _____
Tél résidence : _____	Bureau : _____	# _____	
Cell : _____	Contact en cas d'urgence : _____		
Courriel (j'accepte en l'inscrivant ici d'être contacté par courriel) : _____			
Date de naissance (jour/mois/année) : _____	Sexe : _____	F / H	

Référé par : _____

Pour quelle raison nous consultez-vous aujourd'hui? _____			
Le problème vous empêche-t-il de travailler?	O / N	De dormir?	O / N
Il nuit à vos activités quotidiennes?	O / N		
Le problème résulte d'un accident?	_____		
Avez-vous consulté un médecin pour cette condition?	O / N		
Nom du médecin : _____			
Avez-vous déjà consulté un chiropraticien :	O / N		
Nom du chiropraticien : _____			

Êtes-vous atteint d'une maladie (la/lesquelles)? _____
Prenez-vous des médicaments (lesquels)? _____
Avez-vous eu des accidents par le passé? _____
Avez-vous eu des opérations (lesquelles/quand)? _____

Votre alimentation est-elle variée?	O / N	
Buvez-vous plus de 1.5 L d'eau par jour?	O / N	
Nb de cafés/jour	Nb de cigarettes/jour/semaine	Alcool/jour/semaine
Position de sommeil : Côté gauche – Côté droit – Dos – Ventre		

J'accepte de recevoir un rappel de rendez-vous par courriel et par messagerie texte aux coordonnées suivantes :	
Courriel : _____	
Numéro de cellulaire : _____	
<i>J'accepte que mon chiropraticien me facture directement ses services et qu'un reçu me soit fourni afin de faire moi-même ma réclamation auprès de mon assureur. J'autorise également mon chiropraticien à divulguer à mon fournisseur d'assurance les dates de visites et les montants déboursés si une vérification est faite par l'assureur. J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite</i>	
Signature du patient ou curateur : _____	Date : _____