

Rencontre initiale

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ App: _____ Ville: _____ Code postal : _____
Tél. Résidence: _____ Bur. : _____ # _____
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 : _____
Radio Télévision Conférence Journal
Cartes d'affaires Internet Bottin téléphonique

Pour quelle raison nous consultez-vous aujourd'hui?

Le problème vous empêche-t-il de travailler? O / N De dormir ? O / N
Il nuit aux 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 dans le passé? : _____
Avez-vous eu des opérations? (lesquelles?/quand?) : _____

Votre alimentation est-elle variée ? O / N
Buvez-vous plus de 1,5L 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 : _____

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.

Signature du patient ou curateur : _____