



FICHE PATIENT

Nom : _____ Dossier : _____

Informations générales

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Prestataire d'une assurance personnelle couvrant les soins chiropratiques : Oui Non

Contact

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Divers

Avez-vous été référé à notre clinique? Oui Non

Si oui, qui nous a référé? _____

Si non, Où avez-vous entendu parler de la clinique de chiropratique SDBL? _____

Signature : _____

Date : _____



FICHE PATIENT

Nom : _____

Dossier : _____

Informations sur la condition

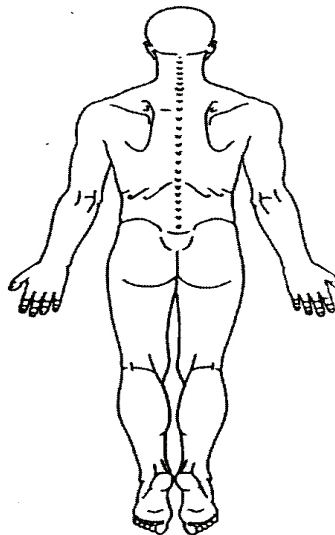
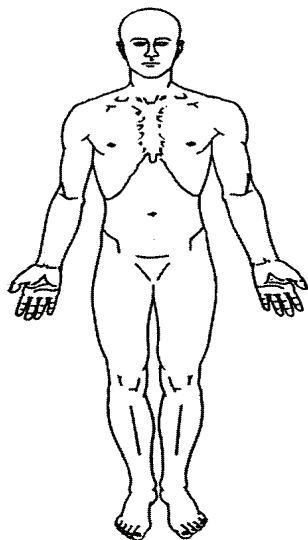
Motif principal de consultation : _____

Durée de la condition : _____

Localisation de la douleur : _____

Intensité de la douleur entre 1/10 et 10/10 : _____

Indiquez sur les schémas suivants le ou les endroits que vous désirez faire évaluer. Faites une gradation de 1 à 3 par ordre de priorité. Maximum de 3 conditions.



Antécédents personnels

Avez-vous des maladies connues? Si oui lesquels? _____

Fumez-vous, ou avez-vous déjà fumé? _____

Avez-vous déjà consulté un autre chiropraticien? Si oui quel était son type de pratique? Et quelles sont les raisons qui vous ont menés à changer de clinique? _____

Quels sont vos attentes et objectifs en venant consulter en chiropratique? _____

Quel type de soins vous intéresse?

____ Soins de soulagement ____ Soins de correction ____ Au choix du Dre Léonard

Signature : _____

Date : _____