



BILAN DE SANTÉ INITIAL
Fiche personnelle et confidentielle

Je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire d'ouverture de dossier. Les questions de ce document ont pour but de déterminer les séquences les plus appropriées pour votre soin d'harmonisation en polarité.

Nom : _____ Date de naissance (jj-mm-aaaa) : ____/____/____

Adresse : _____ Travail : _____
_____ Activités Physiques : _____

Tél. Domicile : _____ E-mail : _____

Bureau : _____ Droitier : _____ Gaucher : _____

Cellulaire : _____ Reçu assurance : Oui : ____ Non : ____

Motif de la consultation : _____

Référé par : _____

Avez-vous déjà reçu des traitements de médecine naturelle? Si oui lesquels :

Êtes-vous sous médication? Si oui lesquels :

1/ Nom du médicament : _____ Raison de la prescription : _____

2/Nom du médicament : _____ Raison de la prescription : _____

3/Nom du médicament : _____ Raison de la prescription : _____

Signature : _____ Date : (jj-mm-aaaa) : ____/____/____

Si rempli à l'ordinateur, inscrire votre nom



Engagement mutuel

Rendez-vous reporté ou annulé :

Par respect de l'engagement mutuel à être présent au rendez-vous, advenant qu'un rendez-vous doive être reporté ou annulé, il est demandé d'aviser par téléphone au (514) 264-7823 **au moins 48 heures ouvrables avant l'heure et la date prévue.**

Si ce délai n'est pas respecté, le client s'engage à payer en totalité le coût de la rencontre, ceci dans les 48 heures suivant le rendez-vous annulé ou reporté.

Retard à un rendez-vous :

Advenant un retard de plus de 20 minutes et ce, sans avoir prévenu du retard par téléphone au (514) 264-7823, il est à la discrétion du thérapeute d'attendre le client ou de quitter le bureau. Les frais de rendez-vous seront aussi demandés en entier le cas échéant.

J'accepte les termes ci-dessus : _____ (Signature svp.)

(Inscrire votre nom si rempli par ordinateur)