

CLINIQUE OSTEO SPORT

Date d'ouverture du dossier: _____ Référence: _____

Identification du client

Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Tél.: _____ Courriel: _____

Occupation: _____ Médecin traitant: _____

Médication: _____

Raison de consultation: _____

Objectifs principaux: _____

Consentement

Je, _____, reconnais que mon ostéopathe m'a expliqué la nature et le déroulement de la séance actuelle, les effets bénéfiques pouvant en découler ainsi que les risques et effets secondaires possibles.

Je comprends et consens volontairement et librement à ce que mon ostéopathe procède au déroulement de la séance tel que prévu en fonction des informations transmises. Je reconnais également que je répondrai honnêtement et de bonne foi au questionnaire.

Je m'engage à informer mon ostéopathe de tout changement de mon état de santé (changement de médication, changement de symptôme ou tout autre changement en lien ou non avec les soins prodigués).

Nom du client: _____ Date: _____

Signature: _____

Je reconnais avoir donné et expliqué de manière exacte au client toute information nécessaire sur les bénéfices, les risques et les effets secondaires possibles de mes soins.

Ostéopathe: _____

Num. permis: _____

Signature: _____

Date: _____