



OAKTREE

CHIROPRACTIC
ACUPUNCTURE
CHINESE MEDICINE

Formulaire d'Acupuncture et Medecine Chinoise

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Domicile #: _____ Tél. Cellulaire #: _____ Bureau #: _____

Courriel : _____

Oui Non J'accepte de recevoir des communications d'Oaktree par courriel.
(Ces courriels sont des mises à jour d'Oaktree. Vous pourrez vous désinscrire à n'importe quel moment. Vous recevrez des rappels de rendez-vous et tout autre avis par courriel.)

Date de naissance : [M] _____ [J] _____ [A] _____ Âge : _____ Poids: _____ Grandeur: _____

Lieu de Travail: _____ Occupation: _____

Référé(e) par: _____

État civil: Célibataire Conjoint(e) Marié(e) (Nom du(de la) Conjoint(e): _____)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(veuve)

Avez-vous de l'assurance-maladie qui rembourse les coûts des soins d'acupuncture?

Oui Non Montant par année: _____

HISTORIQUE DE L'ACUPUNCTURE

Avez-vous déjà eu de l'acupuncture? Oui Non

Nom de l'acupuncteur(trice): _____ Ville: _____

Date de la dernière visite: [M] _____ [A] _____ Durée et fréquence des soins: _____

PRINCIPALES PRÉOCCUPATION

PRÉOCCUPATION PRINCIPALES DE SANTÉ:

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

HISTORIQUE MÉDICALE

SUPPLÉMENTS

Prenez-vous des suppléments? Oui Non Quels:

Oméga3 Vitamine B Probiotiques

Vitamine D Multivitamine Fer

Autres: _____

PROFIL FAMILIALE DE SANTÉ

Quels problèmes familiaux importants les membres de votre famille ont-ils eus?

MÉDICATIONS

Nom et pour quelle(s) circonstance(s)

CHIRURGIES

Pour quelle(s) circonstance(s)

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ, PRÉOCCUPATION OU RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN ET LE TRAITEMENT

Je comprends que l'acupuncture et autres modalités de médecine chinoise traditionnelles sont sécuritaires et efficaces pour la prévention et le traitement d'un large éventail de problèmes de santé, et pour la promotion du bien-être général. Je comprends que l'acupuncture n'est pas un substitut pour le diagnostic et le traitement médical conventionnel fourni par un médecin. Je suis conscient(e) que l'acupuncteur ne peut pas diagnostiquer des maladies et ne prescrit pas de médicaments.

J'ai informé l'acupuncteur de toutes mes conditions physiques et émotionnelles connues, de mes conditions médicales et des médicaments que je prends. J'informerai l'acupuncteur de tous changements. Si j'éprouve de la douleur ou de l'inconfort lors de la séance, je vais immédiatement en faire part à l'acupuncteur de sorte que le traitement puisse être modifié.

Je comprends qu'occasionnellement je pourrai éprouver des ecchymoses et/ou des sensations post-aiguilletage, ainsi que de légers effets secondaires tels que la fatigue et la douleur. Je comprends que l'acupuncteur ne peut prendre aucune responsabilité due à mon oubli de lui relayer toute l'information pertinente. Je comprends qu'aucunes réclamations, promesses ou garanties sont apportées, et j'accepte l'entière responsabilité des risques et de l'efficacité de tout traitement. Je comprends que certains médicaments et habitudes sociales peuvent diminuer les effets bénéfiques de l'acupuncture et les herbes chinoises.

J'ai lu le consentement ci-dessus. Je vais avoir l'occasion de poser des questions sur son contenu, et en le signant ci-dessous j'accepte les procédures ci-dessus nommées. J'accepte que ce formulaire de consentement s'applique à la totalité du cours des soins présents et futurs.

Je comprends que le but de la visite d'aujourd'hui est de déterminer si je suis un candidat pour la médecine traditionnelle chinoise et les soins d'acupuncture. Je suis responsable de tous les frais encourus entre le praticien et moi. Tous les frais d'examen me seront expliqués avant que tout test soit effectué.

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT:

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/GUARDIEN)

NOM DU PATIENT EN LETTRES

DATE DE SIGNATURE

TÉMOIN