

NOM: _____ **Prénom:** _____ **Date de naissance:** ____/____/____

Adresse: _____ **Code postal:** _____ **Ville:** _____

Téléphone: _____ **Port :** 06. _____ **Prof :** 0 _____

E-mail: _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Vie maritale Pacsé(e) Veuf(ve)

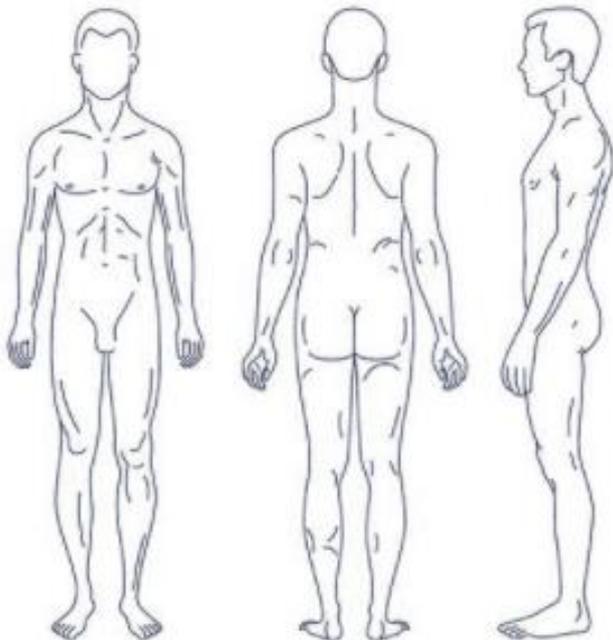
Enfants (Sexe/Année de naissance) _____

Profession : _____ **Position au travail :** _____

Sport/Activité (Durée/sem.): _____

Comment avez-vous connu le cabinet ? _____

Avez-vous déjà consulté un chiropracteur ? Non Oui **Le(s)quel(s) ?** _____



Motif(s) de consultation : _____

Douleur : Oui Non **Depuis:** _____

Cause(s) : _____

Type : Tensions Fourmillements

Engourdissements Pincements Perte de force

Diffusion de la douleur:

Epaule Bras Main Droite

Gauche

Sur le: Devant Derrière Côté

Fesse Jambe Pied Droite

Gauche

Sur le: Devant Derrière Côté

Quels mouvements/activités effectuez-vous avec difficulté ?: _____

Date et signature :

SUITE PAGE 2

J'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.

En cas d'empêchement, je m'engage à annuler mes rendez-vous 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due. Si la dernière consultation est datée d'il y a plus d'un an, un tarif de première consultation sera appliqué.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.

NOM : _____ **Prénom :** _____

Antécédents (citer et dater):

Accident de voiture : _____

Fractures : _____

Chutes, Blessures : _____

Opérations : _____

Maladie grave : _____

Anciens problèmes de dos : _____

Position de Sommeil: Ventre Dos Côté Droite Gauche Autre : _____

Souffrez-vous de: Trouble du sommeil Fatigue Maux de tête Acouphènes Vertiges
Stress Dépression Troubles Digestifs Infection O.R.L. Allergies Asthme Difficultés
psychologiques Autre _____

Prenez-vous des médicaments: OUI NON Lesquels: _____

Votre Famille est-elle exposée à des problèmes de dos ou de santé ? _____

Quelles sont vos attentes ? Quels sont vos objectifs ? _____

Date et signature :

J'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.

En cas d'empêchement, je m'engage à annuler mes rendez-vous 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due. Si la dernière consultation est datée d'il y a plus d'un an, un tarif de première consultation sera appliqué.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.