

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Date d'aujourd'hui:

## INFORMATION DU PATIENT

Nom(s)		Prénom(s)		Date naissance (AAAA/MM/JJ)	
Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grandeur	Poids		Pointure de soulier
Contact Urgence			N° de téléphone	Lien du contact:	
Si mineur, nom du parent / tuteur		N° de téléphone	Adresse, si différent		
Comment avez-vous entendu parler de nous? <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Docteur ou ou ami <input type="checkbox"/> professionnel de santé				Nom de la personne qui vous a référé? <input type="checkbox"/> Internet ou <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez): notre site web	
Quel est le nom de votre médecin?			N° de téléphone du médecin		
Occupation		À votre emploi êtes-vous <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Debout et marche <input type="checkbox"/> Portant des chaussures en cap d'acier			
Si blessure, reliée au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Qu'avez-vous fait pour votre problème aux pieds?			

## HISTOIRE DU SANTE

Veillez décrire vos problèmes médicaux actuels et passés:

Avez-vous déjà eu des chirurgies ou hospitalisations?  
 Oui  Non

Veillez décrire :

Décrire la liste des médicaments, suppléments et prescriptions que vous prenez:

Décrire la liste des allergies que vous avez:

Quelles activités physiques pratiquez-vous? Quelle est la fréquence?	
Fumez-vous couramment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de cigarettes ou paquets par jour?
Consommez-vous de l'Alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de consommations par jour/semaine?
Portez-vous actuellement ou avez-vous déjà portez des orthèses plantaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné autorise Dr Sarah Cantin-Langlois et tous ses médecins à procéder au traitement et/ou à la thérapie sur moi-même que l'on considère médicalement nécessaire afin de traiter la maladie et/ou les conditions que je leur ai demandé.

\_\_\_\_\_  
*Signature du patient*

\_\_\_\_\_  
*Date*

### POLITIQUE FINANCIÈRE DU PATIENT

- Les services de podiatrie ne sont pas couverts par la R.A.M.Q., mais ils peuvent être remboursés par les assurances privées. Vous devez en faire la vérification.
- Les patients qui souscrivent à une assurance santé privée devront se rappeler que les services professionnels sont rendus et facturés au patient et non à la compagnie d'assurance. Votre assurance est un contrat personnel entre vous et votre compagnie d'assurance. Le paiement est dû dans son intégralité sur la date de signification. Nous acceptons l'argent comptant, chèque, Visa, MasterCard, et American Express.
- Toute procédure chirurgicale nécessite un paiement au préalable. Le paiement sera dû à la date de l'intervention.

\_\_\_\_\_  
*Signature du patient*

\_\_\_\_\_  
*Date*