

Section 1

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ MM AA

Sexe: F  M

Adresse: \_\_\_\_\_  
NO CIVIQUE RUE NO APP.

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Téléphone: Rés.: \_\_\_\_\_ Bur.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Pour rappel de rendez-vous :  Accepte les courriels  Accepte les SMS

Comment avez-vous entendu parler de nos cliniques?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clinique médicale / médecin : _____     | <input type="checkbox"/> Événement : _____ |
| <input type="checkbox"/> Club sportif : _____                    | <input type="checkbox"/> Internet : _____  |
| <input type="checkbox"/> École : _____                           | <input type="checkbox"/> Publicité : _____ |
| <input type="checkbox"/> Entreprise : _____                      | <input type="checkbox"/> Autre : _____     |
| <input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé : _____ |  |

Quel sport / activité pratiquez-vous? \_\_\_\_\_

Section 2

Antécédents médicaux

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies         | <input type="checkbox"/> Ostéoporose             | <input type="checkbox"/> Hépatite / VIH                           |
| <input type="checkbox"/> Cancer-Tumeur     | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires | <input type="checkbox"/> Autre(s): _____                          |
| <input type="checkbox"/> Diabète           | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux à préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie         | <input type="checkbox"/> Problèmes arthritiques  |   |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Hypertension            | <input type="checkbox"/> Aucun                                    |

Êtes-vous porteur d'un des objets suivants?

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Prothèse            | <input type="checkbox"/> Autre(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Stérilet  | <input type="checkbox"/> Tige, vis ou plaque | <input type="checkbox"/> Aucun           |

Avez-vous déjà été victime de:

- |                                  |                                   |                                   |  |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Luxation | <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

Précisez : \_\_\_\_\_  Aucun

Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

voir verso

**Section 3**Est-ce une blessure reliée à un accident de travail ? (couvert par la CNESST)  OUI  NONEst-ce une blessure reliée à un accident automobile ? (couvert par la SAAQ)  OUI  NONEst-ce une blessure reliée à la pratique d'un sport?  OUI  NON

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Perte ou gain de poids significatif durant les trois derniers mois?  OUI  NONÊtes-vous enceinte?  OUI  NON

Occupation: \_\_\_\_\_ Employeur: \_\_\_\_\_

Au travail, comment évaluez-vous votre posture? % assis \_\_\_\_\_ % debout \_\_\_\_\_ % autre \_\_\_\_\_

**Section 4****Veillez remplir la section qui vous concerne :** **PRIVÉ :**  sans assurance  
 avec assurances : nom de la compagnie: \_\_\_\_\_

Les honoraires sont payables le jour même. Une seule condition douloureuse évaluée et traitée par visite. Intérêts de 2 % par mois seront facturés sur tout solde non acquitté de plus de 30 jours. Si vos honoraires sont éventuellement pris en charge par la CNESST, le montant qui vous sera remboursé correspondra à celui déboursé par la CNESST, la différence étant retenue à titre de frais administratifs.

 **CNESST :** Réclamation du travailleur complété :  OUI  NON  
Numéro de dossier (si connu): \_\_\_\_\_

Les traitements sont payés par la CNESST lorsqu'il s'agit d'un événement initial datant de moins de 30 jours. Pour les événements datant de plus de 30 jours ainsi que pour les récidives (rechutes), vous êtes responsable des frais et devez les acquitter jusqu'à confirmation de la prise en charge des honoraires de traitements par la CNESST. Dans un tel cas, le montant qui vous sera remis correspondra à celui déboursé par la CNESST, la différence étant retenue à titre de frais administratifs. Une seule condition douloureuse évaluée et traitée par visite. Intérêts de 2 % par mois seront facturés sur tout solde non acquitté de plus de 30 jours.

**Section 5****Conditions de service**

Je, soussigné, atteste avoir donné toutes les informations nécessaires à l'ouverture de mon dossier, et ce, au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par le fait même à être directement responsable de l'acquiescement des frais de physiothérapie ou autres services payants ici dispensés selon les termes et conditions de paiement tel que décrits ci-dessous et à respecter les procédures établies concernant le bon fonctionnement de cette clinique.

Si le montant en solde dû est confié à un avocat ou à une agence de recouvrement pour paiement ou pour l'exercice des recours, ou la protection des droits de la clinique et/ou du physiothérapeute, un montant équivalent à 20 % du solde dû sera exigible à titre de dommages contractuels en compensation des frais de service et d'administration occasionnés par ce fait et le client consent à payer des dits frais.

Élection de domicile au cas de contestation et pour tous litiges, les parties élisent domicile dans le district judiciaire de Québec.

**Portée de la convention:** Les présentes conditions gouvernent toutes et chacunes des transactions à intervenir entre les parties.*Attention :***Afin de ne pas pénaliser les clients souhaitant obtenir un rendez-vous, nous vous prions d'annuler au moins 24 heures à l'avance si vous ne pouvez vous présenter à un rendez-vous.  
Des frais de 20 \$\* s'appliqueront lors de votre prochain rendez-vous si les temps ne sont pas respectés.**  
\*Veillez noter que ces frais ne peuvent pas être réclamés à vos assurances personnelles.

Je consens au traitement de physiothérapie et j'accepte les termes et conditions de paiement exigés.

**N'oubliez pas d'y apposer votre signature.****Nom** (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_