

**OUVERTURE DU DOSSIER CHIROPRACTIQUE-Adulte**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone résidence : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

travail : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Sexe : Féminin  Masculin

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J M A

Profession ou occupation : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié  Conjoint de fait

Séparé  Divorcé  Veuf

Avez-vous des enfants?  Oui  Non

Si oui, quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

Consultez-vous :  en prévention  pour un problème particulier

Si vous consultez en raison d'un problème particulier :

Décrire brièvement : \_\_\_\_\_

Le problème est-il lié à un accident de travail (CSST)?  Oui  Non

Le problème est-il lié à un accident de voiture (SAAQ)?  Oui  Non

Nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous découvert Focus Chiropratique ?

Référé par un patient de la clinique Nom \_\_\_\_\_

Référé par un ami/parent Nom \_\_\_\_\_

Référé par un autre professionnel Nom \_\_\_\_\_

Pages jaunes  Kiosque  Journal local \_\_\_\_\_

Affiche extérieure  Internet  Autre : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, contacter : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone(s): \_\_\_\_\_

***J'autorise par la présente les chiropraticiens de Focus Chiropratique à effectuer les examens qu'ils jugeront nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Je comprends que je suis responsable du paiement de tous les services qui me seront offerts chez Focus Chiropratique et je m'engage à régler tout solde dû.***

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date de la signature : \_\_\_\_\_ Témoin : \_\_\_\_\_

Date ouverture: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date consultation: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_