

# INSCRIPTION RAPIDE

(les règlements provinciaux exigent une évaluation pour toute nouvelle condition et/ou si vous n'avez reçu de traitement chez nous depuis plus que 4 semaines)

Date : \_\_\_\_\_

## 1. Informations personnelles

Nom (à la naissance) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

tél domicile \_\_\_\_\_ tél travail \_\_\_\_\_ tél cellulaire \_\_\_\_\_ courriel (important) \_\_\_\_\_

## 2. Informations sur la référence (nouveaux patients seulement)

Comment avez-vous connu notre clinique?

Si c'est un ami ou un membre de votre famille qui vous réfère chez nous, veuillez inscrire leur nom, adresse et numéro de téléphone pour qu'on puisse leur envoyer une note de remerciement et/ou un petit cadeau

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Paiement des frais

- CNESST: vous n'avez rien à déboursier
- SAAQ : vous n'avez rien à déboursier
- Avec ou sans assurances : les frais sont de \$64 par visite.

*Au Québec, les professionnels autorisés à fournir des traitements de physiothérapie sont le physiothérapeute (pht) et le Thérapeute en Réadaptation Physique (TRP). Nous utilisons les deux... C'est **votre responsabilité** de vérifier avec vos assurances pour vous assurer qu'ils remboursent un ou l'autre des professionnels.*

## 4. Informations médicales

Motif de la consultation : \_\_\_\_\_

Avez-vous été référé par un médecin? Oui / Non Nom? \_\_\_\_\_

Médicaments que vous prenez présentement : \_\_\_\_\_

Liste des allergies : \_\_\_\_\_

Cochez les conditions médicales présentes ou antécédentes :

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> arthrite                | <input type="checkbox"/> ostéoporose        | <input type="checkbox"/> cardiaque/circulatoire | <input type="checkbox"/> diabète                 |
| <input type="checkbox"/> chirurgie               | <input type="checkbox"/> implant métallique | <input type="checkbox"/> cancer                 | <input type="checkbox"/> perte de poids soudaine |
| <input type="checkbox"/> virus/infection récente | <input type="checkbox"/> pacemaker          | <input type="checkbox"/> neurologique           | <input type="checkbox"/> présentement enceinte   |
| <input type="checkbox"/> implant cochléaire      |   |   |  |

- En signant ce formulaire, vous consentez à recevoir des traitements de physiothérapie
- Dépendamment de la région du corps à traiter, vous pourrez apporter des shorts ou tee-shirt. Nous vous fournirons une jaquette d'examen, si nécessaire.
- Notre objectif est d'être très ponctuel... aidez-nous à atteindre cet objectif en évitant les retards.
- **Des frais d'annulation de \$20 s'appliquent si vous nous ne donnez pas un avis de 24 heures.**
- Ne pas se présenter à un rendez-vous, sans la courtoisie d'un appel, est considéré grave. Quelqu'un d'autre, aussi ou plus souffrant que vous, aurait pu bénéficier du temps réservé pour vous.
- L'usage restreint du téléphone cellulaire est permis.
- Si vos enfants vous accompagnent, ils doivent être avec vous en tout temps. Vous assumez toute responsabilité pour leur protection.
- Veuillez prévoir à peu près 45 minutes pour votre traitement, cependant cela peut varier selon votre condition

signature \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_

**Merci de nous avoir choisi comme partenaire de votre santé**