**Physio Sport Plus**



# Nom de famille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : **travail**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**maison**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cellulair**e :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Date de naissance: (j/m/a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Numéro d'urgence si le patient est mineur:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Veuillez cocher si vous désirez recevoir par courriel : bulletins d’information rappel de rendez-vous

## communications avec votre thérapeute

## Adresse électronique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1-Qui vous a référé ici à Physio Sport Plus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2-Nom de votre médecin de famille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3-Consentez-vous à l’envoi d’un rapport d’évaluation et de congé à votre médecin référant et/ou votre médecin de famille**  **oui** **non**

**4-Vous êtes ici pour quelle genre de blessure (partie du corps)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5- S.V.P. Cochez seulement si les suivants s’appliquent à votre santé:

|  |  |
| --- | --- |
| Diabètes | Stimulateur cardiaque |
| Problèmes cardiaques | Traitement pour un cancer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enceinte (# de semaines de gestation\_\_\_\_) | Chirurgie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Epilepsie | Problèmes respiratoires\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| High blood pressure | Problèmes digestifs |
| Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Allergies**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**J'ai d'autres problèmes de santé.**

**Spécifiez s.v.p.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Je suis en bonne santé.

**6- Ceci est le résultat d'un accident de voiture?**  **non**  **oui ,**

**Ceci est le résultat d'un accident de travail?**  **non**  **oui**

\*\*\*\*S.V.P Nous mentionner si ceci est une réclamation de **WSIB ou Accident d'auto**\*\*\*\*

|  |
| --- |
| Politique d'annulation / absence à votre rendez-vous  Vous devez nous donner 24hrs d'avis pour reporter un rendez-vous sinon des frais de 25.00$ seront ajoutés à votre compte. Ceci s'applique aussi pour les visites manquées sans avertissement de votre part.  Je comprends cette politique. Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Je comprends que je suis responsable pour les paiements de mon compte pour les services reçus chez Physio Sport Plus.

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