

EUROSTEO / Christian Albrecht D.O.M.P. / Informations du patient

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Nom: _____ Age: _____

Adresse: _____

Tél: _____ Cell: _____ Courriel: _____

Contact pour urgence: _____ Tél/courriel : _____

Profession: _____ Sports, activités: _____

Référent: _____

Médecin de famille: _____

Historique médical (maladies, allergies) :

Médicaments:

Condition médicale actuelle /Grossesse

Autres traitements: Ostéopathie, Chiropraxie, Physiothérapie, Massothérapie, Naturopathie,
Acupuncture, Autres.

Dossier personnel, toutes les informations sont confidentielles et ne peuvent être révélées aux autorités qu'avec l'autorisation du titulaire (patient).

Important, en signant cette page, vous êtes avisé que toutes les techniques, palpations, tests, corrections correspondent aux règles de l'éthique ostéopathique et respectent la dignité du patient; n'hésitez pas à poser des questions à ce propos.

Si le patient est mineur, un parent au moins devrait être présent durant le traitement. Ou une autorisation écrite serait requise, merci pour votre compréhension.

Date:

Signature: