

Prénom: _____ Nom : _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal : _____

Date de naissance: ____J/____M/____A Âge: _____ Sexe: H / F

Tél. (rés.): ____-____-____ (bur.): ____-____-____ (cell.): ____-____-____

Occupation: _____ Poids: _____ Grandeur: _____ Fumeur : O / N

Courriel : _____ Compagnie d'assurances : _____

Motif de consultation : _____ **Problème depuis ?** _____

Pointure des chaussures: _____ Médecin de famille: _____

Avez-vous des allergies connues? Si oui, lesquelles? _____

Souffrez-vous ou avez déjà souffert de:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Diabète | ☐ Hypertension | ☐ Problème de rein |
| ☐ Problème cardiaque | ☐ Goutte | ☐ Maladie des poumons |
| ☐ Problème des veines ou
des artères | ☐ Arthrite/arthrose | ☐ VIH |
| ☐ Cholestérol sanguin élevé | ☐ Problème du foie | ☐ Épilepsie |
| | ☐ Problème d'estomac | ☐ Cancer : _____ |

Autres: _____ Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, cochez ici: _____

Prenez-vous des médicaments de façon régulière? Si oui, lesquels? _____

Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui laquelle? _____

Comment avez-vous connu la clinique ? : Facebook : ____ Site internet : ____ Journal : _____

Parents/amis : ____ Référence médicale : _____ Autre : _____

Autorisation:

Je certifie avoir rempli ce formulaire au meilleur de mes connaissances. Je comprends que les frais podiatriques ne sont pas couverts par la R.A.M.Q. et que je devrai payer les frais encourus suite à la consultation.

Prenez note que **toute annulation dans les derniers 24 hrs peut entrainer des frais de 35\$.**

Nom du parent ou tuteur (en lettres moulées) : _____

Signature: _____ Date: _____