



FORMULAIRE DE PREMIÈRE VISITE

Veuillez compléter ce questionnaire d'ouverture de dossier. Toutes les informations données demeureront confidentielles.

Prénom _____

Date de naissance _____

Nom _____

Jour / Mois / Année

Sexe féminin Sexe masculin Âge _____

Adresse _____

Téléphone/résidence _____

Appartement _____ Ville _____

Téléphone/travail _____

Code Postal _____

Téléphone/cellulaire _____

Poids _____

Courriel _____

Hauteur _____

Compagnie d'assurance _____

Pointure soulier _____

Type d'emploi _____

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Médecin

Notre Page Facebook

Autre _____

Journal

Un de nos patients

Notre Site Web

En passant

ACCORD ET POLITIQUE D'ANNULATION

Veuillez nous aviser au moins 24 heures à l'avance lorsque vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous. En cas d'une absence ou d'une annulation effectuée dans un délai de moins de 24 heures, des frais de 30\$ vous seront facturés.

Je déclare que les informations données sur ce formulaire sont toutes vraies et complètes. De plus, j'autorise mon podiatre à transmettre et à divulguer mes informations médicales podiatriques à ma Compagnie d'assurance à des fins de remboursement et /ou à mon médecin si ma situation médicale l'exige.

Par le fait même, j'accepte la politique d'annulation qui est en vigueur à la Clinique MédiPIED.

_____ Date _____
Signature du patient âgé de plus de 14 ans ou le cas échéant de son tuteur

Nom du tuteur (si le patient a moins de 14 ans) _____

Lien avec le patient (si le patient a moins de 14 ans) _____

Tourner la page SVP



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient _____

Souffrez-vous de l'une de ces maladies ? Veuillez sélectionner ce qui s'applique à vous

- Diabète
- Cholestérol
- Haute Pression
- Insuffisance cardiaque
- Arythmie cardiaque
- Valve cardiaque
- Problème thyroïdien
- Insuffisance rénale
- Cancer
- Arthrite
- Arthrose
- Ostéoporose
- Anxiété
- Dépression
- I.T.S.S.
- Maladie de peau

AUTRES _____

Entorses ? Si oui, précisez _____

Fractures ? Si oui, précisez _____

Médicaments? Lesquels ? _____

Allergies? Lesquelles ? _____

Interventions chirurgicales ? Lesquelles ? _____

Nombre de consommations d'alcool par jour _____

Faites-vous usage du tabac ? Oui / Non

Faites-vous usage de drogue ? Oui / Non

Êtes-vous enceinte? Oui / Non

Raison de la consultation _____