

**Aylmer Ostéo ND Formulaire d'Admission**  
**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Date \_\_\_\_\_

Prénom et nom \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Type de travail \_\_\_\_\_

Adresse avec code postal \_\_\_\_\_

No. tél (maison) \_\_\_\_\_ No. Cell \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ Leur no. tél./cell \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de D. Korah? \_\_\_\_\_

Une santé optimale n'est possible que lorsque le praticien a une compréhension complète de la personne.  
 Votre honnêteté à remplir ce formulaire confidentiel aidera grandement ma connaissance de vos besoins en santé.

**INFORMATION SUR LA SANTÉ**

Quelle est votre principale préoccupation?

Si applicable, quel est le diagnostic de votre médecin? \_\_\_\_\_

Autres problèmes par ordre d'importance:

Si vous êtes une femme, êtes-vous actuellement enceinte?

Oui  Non

Comment évaluez-vous votre santé globale? Mauvaise  2  3  4  5  Excellente

Comment évaluez-vous votre niveau d'énergie? Mauvaise  2  3  4  5  Excellente

Évaluez votre niveau de stress: Faible  2  3  4  5  Insupportable

**MÉDICAMENTS / SUPPLÉMENTS**

Énumérez tous les médicaments (sur ordonnance et en vente libre) et les suppléments nutritionnels que vous prenez:

Médicaments	Dose/jour	Depuis quand?	Suppléments	Dose/jour	Depuis quand?
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- Énumérez (avec des dates approximatives) toutes vos conditions médicales (hypertension, diabète, cancer, etc.), blessures graves et hospitalisations:

- Énumérez tous les problèmes de santé dans votre famille (père, mère, frères, sœurs):

- Quels sont vos objectifs thérapeutiques et vos attentes? \_\_\_\_\_

**Consentement pour la thérapie**

- Je comprends que les séances seront documentées; les techniques / suggestions sont basées sur des principes d'ostéopathie et de naturopathie et les résultats ne sont pas garantis. D. Korah n'est pas un médecin et ne peut en conséquence offrir un diagnostic ou un traitement médical. Je dois donc continuer de suivre les conseils de mon médecin. Des risques légers sont possibles et comprennent entre autres: les tensions musculaires; réactions allergiques; douleur; et l'aggravation des symptômes préexistants. Les informations personnelles sont collectées pour la correspondance concernant les R-V.
- J'accepte la responsabilité de tous les frais applicables. Le paiement est dû à la fin de chaque visite. La liste complète des frais pour les rendez-vous et les tests est affichée au bureau.
- Je ne suis pas un agent d'une agence qui tente de recueillir de l'information sans l'affirmer. Je consens volontairement à la thérapie et je comprends que mon consentement peut changer à tout moment.

- Le montant TOTAL sera facturé pour les R-V manqués ou annulés avec un préavis de moins de 48 heures.

\_\_\_\_\_  
 Signature

Dileep Korah  
 Dileep Korah