

ENREGISTREMENT

(les règlements provinciaux exigent une évaluation pour toute nouvelle condition et/ou si vous n'avez reçu de traitement chez nous depuis plus que 4 semaines)

Date : _____

1. Informations personnelles

Nom (à la naissance) _____ Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ Ville _____ Prov. _____ Code postal _____
tél domicile _____ tél travail _____ tél cellulaire _____ courriel (important) _____

2. Rappels de rendez-vous

Je souhaite recevoir des rappels de rendez-vous par :
 texto courriel texto et courriel

Veillez noter qu'au premier rendez-vous, votre physiothérapeute vous recommandera un certain nombre de rendez-vous de suivi.

Nous vous recommandons fortement de planifier ces rendez-vous à ce moment là et de **réserver** ces heures pour vous. Notre horaire a tendance à se remplir très rapidement.

3. Paiement des frais

- CNESST: vous n'avez rien à déboursier
- SAAQ : vous n'avez rien à déboursier
- Évaluation initiale (incluant un traitement) : \$85, les traitements subséquents sont \$80.

Au Québec, les professionnels autorisés à fournir des traitements de physiothérapie sont le physiothérapeute (pht) et le Technologue en physiothérapie (T. Phys.). Nous utilisons les deux... C'est votre responsabilité de vérifier avec vos assurances pour vous assurer qu'ils remboursent un ou l'autre des professionnels.

- Physio pour vertiges ou neuro : \$110

4. Informations médicales

Motif de la consultation : _____

Avez-vous été référé par un médecin? Oui / Non Nom ? _____

Médicaments que vous prenez présentement : _____

Liste des allergies : _____

Cochez les conditions médicales présentes ou antécédentes :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> arthrite | <input type="checkbox"/> ostéoporose | <input type="checkbox"/> cardiaque/circulatoire | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> chirurgie | <input type="checkbox"/> implant métallique | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> perte de poids soudaine |
| <input type="checkbox"/> virus/infection récente | <input type="checkbox"/> pacemaker | <input type="checkbox"/> neurologique | <input type="checkbox"/> présentement enceinte |
| <input type="checkbox"/> implant cochléaire | | | |

- En signant ce formulaire, vous consentez à recevoir des traitements de physiothérapie
- Dépendamment de la région du corps à traiter, vous pourrez apporter des shorts ou tee-shirt. Nous vous fournirons une jaquette d'examen, si nécessaire.
- Notre objectif est d'être très ponctuel... aidez-nous à atteindre cet objectif en évitant les retards.
- **Des frais d'annulation de \$35 s'appliquent si vous nous ne donnez pas un avis de 24 heures.**
- Ne pas se présenter à un rendez-vous, sans la courtoisie d'un appel, est considéré grave. Quelqu'un d'autre, aussi ou plus souffrant que vous, aurait pu bénéficier du temps réservé pour vous.
- L'usage restreint du téléphone cellulaire est permis.
- Si vos jeunes enfants vous accompagnent, ils doivent être avec vous en tout temps. Vous assumez toute responsabilité pour leur sécurité.
- Veuillez prévoir à peu près 45 minutes pour votre traitement, cependant cela peut varier selon votre condition

_____ signature

_____ date

Merci de nous avoir choisi comme partenaire de votre santé