

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

- CNESTT: vous n'avez rien à déboursier
- SAAQ : vous n'avez rien à déboursier
- Évaluation initiale (incluant un traitement) : \$110, les traitements subséquents sont \$103.

*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 : \$135

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