



Formalité d'accueil Ouverture de dossier

ATTESTATION PRÉALABLE À LA CONSULTATION

Nom _____

Prénom _____

Âge _____ Date de naissance (J/M/A) _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____

Tél. Résidence _____

Tél. Cellulaire _____

Tél. Bureau _____

Courriel _____

Référé par _____

Raison de la consultation _____

Meilleur moyen de vous rejoindre _____

Occupation _____

État civil _____

Titulaire d'un plan d'assurance collectif
en naturopathie : Oui Non

Me donnez-vous la permission de
communiquer avec vous par courriel :
 Oui Non

Le client atteste :

1. qu'il est venu de son gré requérir les services du naturopathe et qu'il n'a subi aucune pression de sa part;
2. qu'il est lui-même/elle-même responsable du vocabulaire médical qu'il utilise et qu'il ne peut nullement en imputer la responsabilité au naturopathe, même si ce dernier doit en reprendre les termes pour fins d'explication;
3. qu'il ne peut demander au naturopathe de poser un acte médical ou un diagnostic réservé aux praticiens de la médecine allopathique (comme par exemple prescrire des drogues pharmaceutiques), aux praticiens de la chiropratique et autres au sens du code des professions, ni qu'il ne peut non plus l'inciter à le faire;
4. qu'en aucun temps le naturopathe lui a suggéré de cesser sa médication allopathique;
5. qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui véritable de soins de naturopathie;
6. avoir donné des informations relatives à son dossier personnel. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 68, et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans;
7. que tout reçu qui est émis par le thérapeute au client est émis strictement afin de reconnaître la réception par le thérapeute du paiement versé par le client pour les services rendus. L'utilisation de ce reçu par le client à quelle que fin que ce soit incluant, sans limitation, l'obtention d'un remboursement dudit paiement par toute personne, incluant une compagnie d'assurance, demeurera l'entière et l'exclusive responsabilité du client, le thérapeute n'effectuant aucune représentation quant à l'admissibilité ou la non admissibilité du service reçu à pareille fin.

Le client reconnaît qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui véritable de soins de naturopathie.

Le client, par sa signature, atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles précités et de ne pas être en défaut en ce qui concerne leur contenu.

Signé à _____

Date (Jour / Mois / Année) _____

Signature _____

Nom en lettre moulées _____