



Bienvenue à la Clinique, veuillez noter que ces informations sont confidentielles.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ M / F

Date de naissance : JOUR/ MOIS/ANNÉE Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Pour vous rejoindre. Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de la clinique? \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date dernière consultation : \_\_\_\_\_

Nom, téléphone et adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi par un autre professionnel de la santé? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Vous devez ANNULER votre rendez-vous? Avisez-nous le plus vite possible.

Un préavis de 24 heures ou plus n'entraînera pas de frais.

Un avis d'absence dans les moins de 24 heures précédant l'heure du rendez-vous occasionnera des frais de 50% du tarif en vigueur (nous comprenons que les imprévus arrivent, nous faisons donc la moitié du chemin avec vous!

En cas d'absence sans préavis, la totalité des frais sera chargée

N.B. Les frais doivent être payés (en argent ou par carte de crédit) avant le prochain rendez-vous.

J'accepte les politiques de la Clinique O Point, INITIALES PATIENT:

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Numéros pour la rejoindre : \_\_\_\_\_

Je déclare que ces informations sont vraies et complètes. Veuillez nous aviser en cas de changements.

J'autorise mon/ma thérapeute à communiquer avec mon médecin ou tout autre professionnel de la santé membre d'un Ordre Professionnel au besoin.

J'accepte les politiques de la clinique Opoint :

Signature (patient/e) : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à la charge du patient : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Signature (thérapeute) : \_\_\_\_\_

Date : JOUR / MOIS / ANNÉE

## Antécédents médicaux

Maladie	Médication & Posologie	Depuis quand?	Précisions

Souffrez-vous d'allergies? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi des interventions chirurgicales? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi des blessures / traumatisme / accident? \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte? Combien de semaines? \_\_\_\_\_

G : \_\_\_\_ P : \_\_\_\_ A : \_\_\_\_

Nombre de consommation d'alcool par semaine : \_\_\_\_\_

Faites-vous usage de tabac? Consommation : \_\_\_\_\_

Faites-vous usage de drogue? Consommation : \_\_\_\_\_

### Questions obligatoires Ordre des Acupuncteurs du Québec

Prenez-vous? Si oui, encerclez : Cortisone / Anticoagulants

Êtes-vous porteur de la tuberculose? Encerclez : OUI / NON

Avez-vous un pacemaker ou autre implants électriques? Encerclez : OUI / NON

## SERVICES OFFERTS ET FRAIS

Acupuncture	75\$ / 60 minutes	45\$ / 30 minutes
Acupuncture esthétique du visage	100\$ / 90 minutes	
Acupuncture pour bébé et enfant	0 à 14 ans avec ou sans aiguilles	45\$ / 30 minutes
Drainage lymphatique	45\$ / 30 min	75\$ / 60 min 95\$ / 90 min (complet)
Massage détente / thérapeutique	75\$ / 60 minutes	95\$ / 90 minutes
Mixte Masso-Acu	75\$ / 60 minutes	95\$ / 90 minutes
Massage pour bébé et enfant	0 à 14 ans	45\$ / 30 minutes
Cours de massage pour bébé	50\$ / 60 minutes Individuel	40\$ / 60 minutes En groupe de 2 à 6

Veuillez noter que vous serez avisé en cas de modifications des frais de services.