



Nom:	Genre:	
Adresse:	Date de Naissance:	
Ville:	Code Postal:	
Portable:	Téléphone:	
Email:		
Profession:	Etat Civil:	Enfants:

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom:	
Téléphone:	Relation avec vous:
Médecin Traitant:	Nom et Téléphone:

ANTECEDENTS MEDICAUX ET DE SANTE (TOUTES LES MODALITÉS)

Cette section concerne vos antécédents de santé généraux, vos symptômes actuels, les médicaments prescrits, les allergies et d'autres problèmes de santé. La raison pour laquelle nous posons ces questions est de nous fournir toutes les informations pertinentes qui pourraient vous affecter pendant votre traitement auquel vous consentez. En cas d'urgence médicale, ces informations peuvent également être très pertinentes pour vos soins médicaux professionnels. Il n'est pas obligatoire de fournir ces informations, mais si vous choisissez de les fournir, cela nous aidera, ainsi que tout médecin traitant ou autre spécialiste médical, à vous aider.

Enumérer tout problème physique, émotionnel ou mental majeur, toute allergie, maladie ou affection et la date à laquelle ils se sont produits: _____

Symptômes et maladies actuels: _____

Etes-vous enceinte?

- Non Oui

Avez-vous maintenant ou avez-vous dans le passé contracté l'Hépatite A,B ou C, le SIDA ou toute autre maladie infectieuse?

- Non Oui - Si oui, indiquez lesquelles:

Médicaments et compléments alimentaires prescrits (énumérer tous les médicaments et compléments alimentaires prescrits que vous prenez actuellement): _____

Prenez-vous en ce moment ou avez-vous pris dans le passé:

- Warfarin Diurétiques (quels qu'ils soient) Médicament pour la tension artérielle

MODALITÉS ET J'ACCEPTÉ: * Veuillez rayer tout ce qui ne s'applique pas

Je consens à recevoir un traitement dans les thérapies suivantes pratiquées par un des thérapeutes de ce cabinet:

- Soins Energétiques Esotériques Bodywork Esotérique (incluant le massage)
 Thérapie Esotérique du Tissu Conjonctif Chakra-puncture Esotérique Yoga Esotérique

VOIR SUR LA PAGE

CE QUE JE COMPRENDS AU SUJET DU TRAITEMENT:

- En signant ce formulaire, je confirme que j'ai compris et que j'accepte les points suivants:
 - Les Soins Energétiques Esotériques, le Bodywork Esotérique et la Thérapie Esotérique du Tissu Conjonctif sont des techniques manuelles délicates qui peuvent parfois inclure un massage (contact) direct sur la peau.
 - La Chakra-puncture Esotérique est une technique délicate de pose d'aiguilles très fines qui perce uniquement la peau à une profondeur de 0.2 à 0.4mm et ce n'est en aucun cas de l'acupuncture.

CE QUE JE COMPRENDS AU SUJET DE MON TRAITEMENT:

- En signant ce formulaire, je confirme que j'ai compris et que j'accepte les points suivants:
 - Je peux poser à tout moment des questions concernant le traitement qui m'est appliqué.
 - Les praticiens ésotériques ne sont pas qualifiés pour donner de diagnostique médical et aucune des modalités ésotériques ne prétend offrir la guérison pas plus qu'un traitement de remplacement à un traitement médical.
 - Je comprends et j'accepte que je dois consulter un médecin agréé en cas de maladie ou si les symptômes persistent.
 - Les thérapies de Universal Medicine sont basées sur les enseignements de la Sagesse Eternelle. Elles sont complémentaires à la médecine et n'ont pas été testées dans des essais contrôlés randomisés conformes à CONSORT2010.
 - Je peux retirer mon consentement au traitement à tout moment par écrit à ce cabinet.
 - J'accepte l'entière responsabilité de recevoir le (s) traitement (s) convenu avec mon / mes praticien (s)

MA CONDITION DE SANTE ACTUELLE:

- En cas de maladie ou de lésion, même mineure, je comprends qu'il est de ma responsabilité de le communiquer à mon praticien avant le début de ma séance.
- Je comprends et accepte que ma présence et ma participation à une séance dans ce cabinet sont à mes propres risques et que, dans toute la mesure permise par la loi, ce cabinet et les praticiens de ce cabinet ne sont pas responsables, que ce soit par négligence ou autre, de toute blessure ou autre perte ou dommage de quelque nature que ce soit, subi par moi ou toute autre personne comme conséquence directe ou indirecte de ma présence ou de ma participation à une séance dans ce cabinet.

MON CONSENTEMENT: *Veuillez cocher la case avec laquelle vous êtes d'accord

En signant ce formulaire, je consens à ce que mes informations personnelles et de santé ainsi que mes antécédents médicaux soient:

- utilisés aux fins de mon traitement, de l'administration et de la gestion du cabinet, y compris dans mon pays d'origine et dans d'autres pays, au besoin;
- discutés avec d'autres praticiens, y compris, sans s'y limiter, mon médecin généraliste, afin de revoir la qualité des soins qui m'ont été fournis; décrits dans une référence écrite ou verbale à un praticien, si mon praticien considère qu'une telle référence est dans mon meilleur intérêt, après avoir d'abord discuté de cette référence avec moi;
- Je consens à ce que mes informations personnelles et de santé, y compris mon histoire, soient discutées de manière anonyme avec d'autres praticiens à des fins de recherche et de développement des services et des modalités fournis dans ce cabinet, y compris, sans s'y limiter, leurs qualités intégratives avec la médecine conventionnelle, pour le bénéfice des hommes et des femmes en général.

MON CONSENTEMENT AU TRAITEMENT:

- En signant ce formulaire:
 - Je consens à la consultation initiale ainsi qu'aux suivantes avec le praticien avec qui j'ai rendez-vous.
 - J'ai lu, compris et accepté tous les aspects de ce formulaire de consentement (sauf s'il a été barré et paraphé par moi) et je consens aux traitements avec mon praticien désigné et d'autres praticiens de ce cabinet comme convenu par moi selon les conditions décrites dans ce formulaire.
 - Je consens à ce que ce formulaire de consentement demeure actif pour de futures visites et d'autres formes de consultations ou de conseils dans ce cabinet, à moins que je n'avise ce cabinet du contraire.
 - Je reconnais et accepte que ce cabinet et chaque praticien de ce cabinet se réservent conjointement et solidairement le droit de refuser toute réservation (y compris la mienne) pour assister à toute séance, maintenant ou plus tard, ou de demander à tout client (y compris moi) de quitter toute séance à tout moment, pour n'importe quelle raison qu'ils jugent appropriée.

Je certifie que les informations que j'ai fournies ci-dessus sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance et, lorsque j'ai divulgué des informations concernant mes conditions médicales et mes médicaments actuels, cette divulgation est complète et exacte.

Signature:

Date:

Veuillez s'il vous plaît indiquer si vous signez en qualité de Parent ou de Tuteur¹:

Parent

Tuteur

Signature de l'interprète (si nécessaire):

Date:

¹ Si vous signez en tant que parent, tuteur ou interprète, vous comprenez qu'en signant ce formulaire, vous indiquez que vous avez pleinement informé la personne que vous représentez ou dont vous assurez l'interprétation, de tous les renseignements fournis dans ce formulaire de consentement.

NOM ET ADRESSE DU PRATICIEN²: