CLINIQUE PODIATRIQUE
SÉBASTIEN MILOT

☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Dossier: ____________

Prénom: ______________________________ Nom: ______________________________

Date Naissance: ______________________ Âge : _______________

Téléphone (Domicile):__________________ Taille : ______________

Téléphone (Travail) : ___________________ Poids : ______________

Adresse: ______________________________ Pointure :____________

Ville : ________________________________ Code Postal:____________________________

Nom du parent ou tuteur si le patient a moins de 18 ans : _________________________________

Je souhaite que mes rappels soient confirmés par courrier électronique
☐ non
☐ oui : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Comment avez-vous entendu parler de la Clinique Podiatrique?
☐ Google ☐ Annuaire Pages Jaunes ☐ Pages Jaunes Web ☐ Amis Autres (précisez SVP) :_______

Motif de la consultation :____

Médecin de famille : ____

Avez-vous des maladies connues? ☐ Non

Si oui, lesquelles? ____

Prenez-vous des médicaments ? ☐ Non

Si oui, lesquels? ____

Avez-vous des allergies? ☐ Non Si oui, lesquelles? Latex ☐

Aspirine ☐

Iode ☐

Autres : ___________________

☐ **Je suis conscient(e) que les services podiatriques <u>ne sont pas couverts</u> par la Régie de l'assurance maladie du Québec**

Signature : ________________________________ Date : ___________

Si moins de 14 ans, la signature doit être celle d'un parent ou tuteur légal