CLINIQUE PODIATRIQUE
SÉBASTIEN MILOT

Prénom: _____ *DOSSIER:* _____

Nom: _____ Sexe: _____

Date Naissance: _____ Âge: _____

Téléphone (Principal): _____ Taille: _____

Téléphone (Secondaire) : _____ 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