



**CLINIQUE
PODIATRIQUE**
SÉBASTIEN MILOT

Prénom : _____

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 : _____

Adresse courrier électronique : _____

Je souhaite que mes rappels soient confirmés par courrier électronique oui _____ non _____

Comment avez-vous entendu parler de la Clinique Podiatrique?

Google Annuaire Pages Jaunes Pages Jaunes Web Réseaux sociaux Autres: _____

Motif de la consultation : _____

Médecin de famille : _____

Pharmacie : _____

Conditions médicales : _____

Allergies : _____

Êtes-vous enceinte? _____ Allaitiez-vous ? _____

Je suis conscient(e) que les services podiatriques ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

J'autorise mon podiatre à consulter les informations contenues dans mon Dossier Santé Québec (DSQ) dans le cadre de mes consultations à la clinique podiatrique.

Signature : _____

Date : _____

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