



CABINET CHIROPATRIQUE

Laetitia Mazacy

3 rue de Bitche - 57720 Volmunster Tél : 03 87 27 64 16



afc

Association Française
de Chiropraxie

Consentement éclairé aux actes chiropratiques

Je soussigné(e) _____

consens à bénéficier des traitements chiropratiques (manipulations vertébrales, manœuvres d'ajustement vertébral, mobilisations des articulations et des tissus) après avoir reçu toutes les informations orales et écrites me permettant d'en apprécier la nature, les contre-indications, les traitements alternatifs, ainsi que les bénéfices et les éventuels inconvénients, complications et risques connus, lesquels, de manière exceptionnelle, peuvent être parmi les plus graves en cas de dissection artérielle par exemple.

J'estime avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant, avoir pu poser toutes les questions nécessaires à une bonne compréhension et avoir reçu des réponses satisfaisantes.

J'ai également été informé(e) qu'au cours de l'acte, le praticien pouvait se trouver confronté à un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires différents de ceux initialement prévus.

Fait à :

Date :

Signature

