

**Consentement éclairé pour le patient consultant en cabinet
de chiropraxie dans un contexte d'épidémie au COVID-19**

Je soussigné, Madame/Monsieur _____ atteste par la présente avoir été informé du possible risque de contagiosité au COVID-19 en consultant au cabinet chiropratique de Madame MAZACZ Laetitia.

Le chiropracteur m'ayant informé des gestes barrières dans son cabinet et sachant que le risque zéro n'existe pas, j'accepte les soins chiropratiques en connaissance de cause.

Fait à :

Date :

Signature :

Consentement éclairé aux actes chiropratiques

Je 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