




NOM: _____ **Prénom:** _____ **Date de naissance:** ____/____/____

Adresse: _____ Code postal: _____ Ville: _____

: _____  Port : 06. _____  Prof : 0 _____

E-mail: _____

Célibataire Mariée Divorcée Vie maritale Pacsée Veuve

Enfants (Sexe/Année de naissance) _____

Profession : _____ Position au travail : _____

Sport/Activité (Durée/sem.): _____

Comment avez-vous connu le cabinet ? _____

Avez-vous déjà consulté un chiropracteur ? Oui Non Le(s)quel(s) ? _____

Motif de la consultation ? _____

Mode de conception: Voies naturelles FIV Fivette Stimulation hormonale Insémination artificielle Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde Don de gamète Accueil d'embryon

Naissance: Terme prévu le: ____/____/____

Précédente(s) grossesse(s) (problèmes particuliers): _____

Douleurs: Oui Non Depuis: _____ Cause : _____

Type: Tensions Fourmillements Engourdissements Pincements Perte de force

Diffusion de la douleur:

Epaule Bras Main Droite Gauche Sur le: Devant Derrière Côté

Fesse Jambe Pied Droite Gauche Sur le: Devant Derrière Côté

Quels mouvements/activités effectuez-vous avec difficulté ? _____



Date et signature :

J'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.

En cas d'empêchement, je m'engage à annuler mes rendez-vous 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.

Antécédents (citer et dater):

Accident de voiture: _____

Fractures: _____

Chutes, Blessures: _____

Opérations: _____

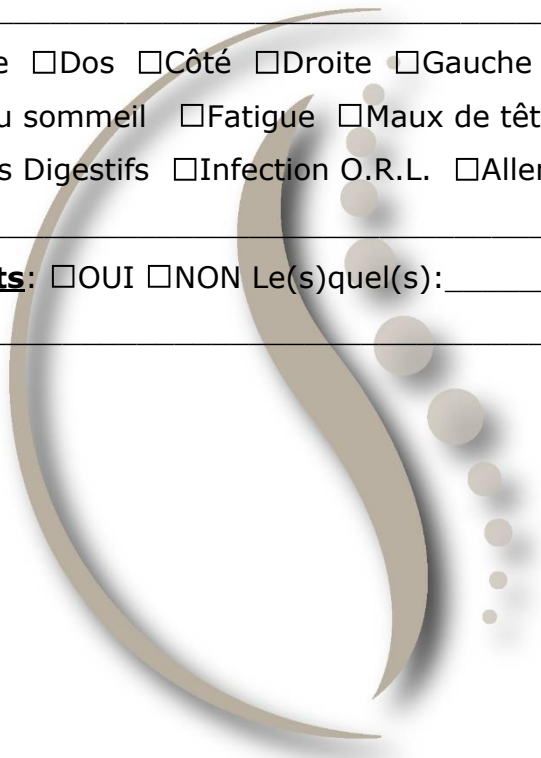
Maladie grave: _____

Anciens problèmes de dos: _____

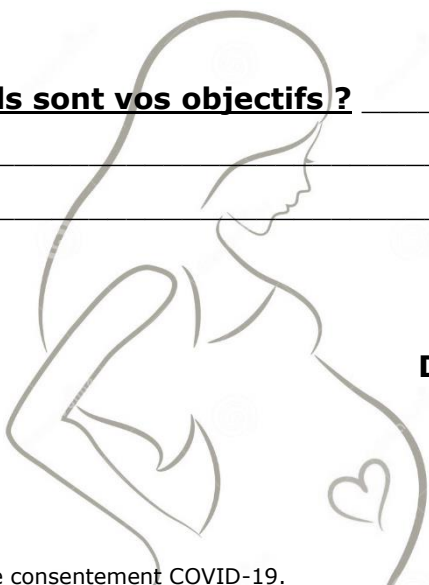
Position de Sommeil: Ventre Dos Côté Droite Gauche Autre: _____

Souffrez-vous de: Trouble du sommeil Fatigue Maux de tête Acouphènes Vertiges
Stress Dépression Troubles Digestifs Infection O.R.L. Allergies Asthme Difficultés
psychologiques Autre _____

Prenez-vous des médicaments: OUI NON Le(s)quel(s): _____



Quelles sont vos attentes ? Quels sont vos objectifs ? _____



Date et signature :

J'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.

En cas d'empêchement, je m'engage à annuler mes rendez-vous 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.