

Fiche-Client

Date de la première entrevue: _____	Référé par : _____
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Ville : _____	Code Postal : _____
Téléphone : _____	Cellulaire : _____
Courriel : _____	Né le : _____ âge : _____
Occupation : _____	État civil : _____ depuis : _____
Enfants : nombre/nom/âge _____	Rang de famille : frère/sœur _____
_____	_____
_____	_____
Relation mère : _____	Relation père : _____

Souffrez-vous de:

(s.v.p. cochez la case appropriée)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Dir. musculaire | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Épuisement | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Bursite | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> Trouble circulatoire |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Verrues |

Autres: _____

Dernière visite médecin: _____	Médicaments : _____
Accidents : _____	_____
Traumatismes : _____	Idées suicidaires : _____
Avez-vous déjà eu thérapie ? _____	
Psychiatrie ? _____	Dépression : _____
Peurs : _____	Allergies: _____
Insomnie : _____	Appétit: _____
Douleurs : _____	Concentration : _____
S'affirmer : _____	Estime : _____
Couleur préférée : _____	Endroit calme _____
Motifs de consultations : _____	

"France Palardy m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et la dignité de la personne et répondent aux exigences du Code de Déontologie de RITMA (Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative). Je reconnais m'être présenté(e) sous mon vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui de recevoir véritablement des soins de naturothérapie. Je suis responsable du vocabulaire médical que j'utilise et je suis venu(e) de mon gré requérir les services de France Palardy. Par conséquent, je dégage France Palardy de toute responsabilité".

Signature:

Date:
