

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Première visite (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____
NUMÉRO RUE APPARTEMENT

VILLE PROVINCE PAYS CODE POSTAL

Téléphone (MAISON) _____ (TRAVAIL) _____

Tél. cell. _____ Courriel _____

Désirez-vous recevoir par courriel le Bulletin de la Clinique Sinocare? Oui () Non ()

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe : M () F () Taille _____ Poids _____

État civil MARIÉE/MARIÉ () VIVANT EN COUPLE () DIVORCÉE/DIVORCÉ ()
SÉPARÉE/SÉPARÉ () CÉLIBATAIRE ()

Profession _____ Profession du conjoint/ de la conjointe _____

La Clinique Sinocare vous a été recommandée par (veuillez entourer votre réponse) : **A.** AMI(E);**B.** FAMILLE; **C.** COLLÈGUE; **J.** SITE INTERNET; **I.** PAGES JAUNES;ANNONCE DANS : **S.** CREATING FAMILY, **T.** HEALTH TIME; **E.** AUTRE PUBLICATION _____;**M.** AUTREMENT _____; **O.** CENTRE DE REPRODUCTION MCGILL;**P.** CLINIQUE OVO; **Q.** CLINIQUE DE FERTILITÉ DE MONTRÉAL; **R.** PROCREA.

Nom de votre médecin, si vous êtes envoyée par une Des cliniques ci-dessus : _____

K. AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : NOM _____ Clinique _____

Adresse _____ Téléphone. _____

B. CONSENTEMENT (Veuillez inscrire vos initiales dans les espaces prévus ci-dessous.)**Politique d'annulation.** Je comprends que toute annulation doit se faire au moins 24 heures avant le rendez-vous fixé, sans quoi un montant de 30 \$ me sera facturé. _____**Accessibilité des dossiers des patients, pour les praticiens.** J'autorise les praticiens de la Clinique Sinocare à avoir accès à mon dossier quand la clinique le jugera nécessaire. _____**Achat de produits à base d'herbes médicinales et de suppléments.** Je comprends que le prix fixé pour un traitement d'acupuncture inclut la prescription d'herbes médicinales. Le coût d'une consultation en phytothérapie seulement suivie de la prescription s'élève à 25 \$. _____

Je comprends que je suis entièrement libre de prendre des herbes ou non, et/ou des suppléments, de même que d'acheter des produits de la clinique. Je comprends que toutes les autres sources me seront présentées et qu'on m'expliquera le bienfaits potentiels des produits à base d'herbes médicinales. _____

Confidentialité: J'accepte de ne pas révéler le fonctionnement interne de la clinique à une tierce partie sans avoir obtenu au préalable une autorisation écrite de la clinique. _____