

# Questionnaire d'admission

## Veillez lire attentivement ce qui suit:

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire au mieux de vos connaissances, ceci afin de permettre une prise en charge optimale lors de votre suivi thérapeutique. Toutes les informations transmises restent confidentielles.

Données administratives	
Nom:	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom:	Adresse:
Date de naissance:	N° postal:
N° de portable:	Localité :
N° de portable/fixe:	Emploi/Profession:
E-mail:	Etat civil:
Nationalité:	Nombre d'enfants:
Personne de contact en cas d'urgence (nom + téléphone):	
Médecin traitant:	
Caisse maladie complémentaire:	
Comment avez-vous entendu parler du cabinet? (facultatif)	
Avez-vous déjà eu recours à l'acupuncture ou à la médecine chinoise par le passé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivez-vous d'autres traitements thérapeutiques actuellement ?	

- Si vous devez changer la date de votre rendez-vous ou l'annuler, veuillez nous contacter le plus rapidement possible. Tout rendez-vous non annulé 24h à l'avance peut être facturé.
- Les conditions individuelles de remboursement des soins sont à vérifier directement auprès de votre assurance complémentaire.
- Veuillez être attentif au fait qu'un traitement en médecine chinoise est une démarche thérapeutique complémentaire et ne constitue pas un substitut aux soins médicaux conventionnels.

Les informations que j'ai fournies dans ce questionnaire sont correctes et complètes, au mieux de ma connaissance

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## Historique personnel et médical

Listez toutes les <b>maladies significatives, accidents, hospitalisations, opérations chirurgicales et faits de vie marquants</b> :	Quelle année?

Prenez-vous des médicaments, plantes médicinales ou compléments alimentaires actuellement?		
Médicaments/compléments:	Pour quel motif:	Depuis quand:

Avez-vous effectué des analyses médicales ces dernières années (bilan sanguin, IRM, scanner, ultrason, autre...)?		
Tests:	Quelle année:	Résultats:

Souffrez-vous d'allergies (médicaments, aliments, produits chimiques ou autres)?

## Historique familial

Y a-t-il des maladies dans votre famille ? Si oui, quel(s) membre(s) de votre famille et quel(s) problème(s) de santé :	
Père	
Mère	
Frères et sœurs	
Grand-parents	

## Anciens problèmes de santé:

Avez-vous des cicatrices ?	Si oui, où ? Suite à quel problème ?
Avez-vous des séquelles (blessures incomplètement guéries suite à accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez décrire le problème :
Avez-vous eu des problèmes dentaires significatifs ?	<input type="checkbox"/> Accident dentaire <input type="checkbox"/> Extraction de dent <input type="checkbox"/> Cavitation <input type="checkbox"/> Traitement de racine <input type="checkbox"/> Infections/abcès <input type="checkbox"/> Autres :