



## QUESTIONNAIRE SANTÉ MÉTIER D'ACCOMPAGNEMENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Cell. : \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Personne à joindre en cas d'urgence (nom et numéro de téléphone) :

\_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance pouvant couvrir les honoraires en Naturopathie.

Oui  Non Si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

### **Prenez note qu'Industrielle Alliance ne reconnaît aucun autre service que celui d'un Naturopathe N.D**

Avez-vous des problèmes physiques ou diagnostics psychologiques pouvant influencer l'accompagnement ou nécessitant une attention particulière ?

\_\_\_\_\_

Est-ce que vous prenez des médicaments? Si oui, lesquels?

\_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'une dépendance ? Si oui, laquelle ? (Alcool, drogues, jeu, cellulaire, achats compulsifs ...etc.)

\_\_\_\_\_

***Amélie Collin-Chénard m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et répondent aux exigences du Code de Déontologie de l'Association RITMA. Je reconnais m'être présente(e), afin de recevoir des soins en médecine complémentaire et reconnais les limites de mon thérapeute. Je suis responsable du vocabulaire médical ou non médical que j'utilise. Je confirme que mes réponses sont véridiques.***

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