

BRUYERE FOOT SPECIALISTS

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____

Ville _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone maison _____ Travail: _____

Céllulaire: _____ Courriel: _____

Méthode de contacte préféré:

_____ Homme _____ Femme Date de Naissance: _____ année _____ mois _____ jour

de Carte K des vétérans: _____

Comment avez vous entendu parler de Bruyere Foot Specialists?

Aidez nous à vous aider! SVP répondez aux questions suivantes:

Quelle est la raison de votre visite? (cochez tout ceux qui s'appliquent)

_____ Traitement d'ongles _____ Verrues _____ Callosités/cors
_____ Mal de dos _____ Mal au genoux _____ Onions
_____ Orteils marteaux _____ Pieds plats _____ Mal au talon

Autre:

Votre condition vous fait-elle souffrir? _____ oui _____ non

Depuis combien de temps: _____

Taille: _____ Poids: _____ Grandeur de souliers: _____

En moyenne, combien de temps passez vous sur vos pieds?

_____ 20% _____ 40% _____ 60% _____ 80% _____ 100%

Fumez vous: _____ oui _____ non

Quel type de souliers portez vous le plus souvent?

_____ Chaussures/bottes de sécurité _____ Athlétique _____ Habillé _____ Sandales

Avez vous ou avez vous déjà eu: (cochez tout ceux qui s'appliquent)

_____ Diabète: _____ Type 1 _____ Type 2 Depuis quand? _____

_____ Problèmes de coeur _____ Problèmes de peau _____ Problèmes de vision

_____ Haute pression _____ Stroke _____ Arthrite

_____ Fibromyalgie _____ Crampes/perte de sensation

Liste de vos médicaments courants:

Allergies:

_____ Je consent à un examen et traitement par le Chiropodiste et les membres de sa clinique qui sont autorisés par le Chiropodiste.

_____ Je consent que le Chiropodiste envoie un rapport à mon médecin de famille.

Signature: _____ Date: _____

Nom du médecin de famille:

Adresse: _____

de téléphone _____

Contacte d'urgence: _____ Phone: _____

Bruyere Foot Specialists promet de traiter votre information personnelle avec respect. Notre politique est en ligne avec la loi et les standards du College des Chiropodistes de l'Ontario. Laissez nous vous assurer que tout le personnel de notre bureau prendra toutes les mesures possibles pour vous offrir un service de soins des pieds de qualité.

Signature du Chiropodiste: _____