

L'Institut Podiatrique du Québec Inc.

6363, TransCanadienne, suite 102, St-Laurent, Québec, Canada, H4T 1Z6 tél: (514) 747- FOOT

Dre Fadji Koffi, podiatre

Dre Melissa Robitaille, podiatre

Dossier Pt: _____

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Prénom _____ Nom de famille (Nom de jeune fille) : _____

Sexe: M F Date de naissance: _____ Age : _____

Responsable si Mineur: _____ Lien: _____

Adresse _____ Appt : _____ Ville _____ Code Postal _____

Tél: Maison: (____) _____ Cell / Tél Bureau: (____) _____

Adresse Courriel: _____

Contact en cas d'urgence: _____ Tél.: _____ Lien: _____

Assurance Privée: _____

Comment vous avez entendu parler de nous? _____ Si Internet Quel Site ? _____

Si vous avez une référence médicale, SVP la donner au secrétariat

Raison(s) de votre visite : _____

Si vous avez eu une imagerie, des rapports pour la problématique qui vous amène ici, les confier au secrétariat.

Depuis quand? Et qu'avez-vous fait pour votre problématique?

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Qui est votre médecin de famille? _____ Tél :: _____

Êtes-vous diabétique? _____ Quel est le nom de votre endocrinologue? _____

Autre spécialiste : _____

À quelle pharmacie allez-vous? _____ Localisation : _____

Qui est votre physiothérapeute? Chiropraticien? Autre? _____

Qui coupe vos ongles? _____

SANTÉ GÉNÉRALE

Quel est votre travail _____ Poids : _____ Taille: ____ Grandeur de souliers : _____

Quelles activités pratiquez-vous ? Quelle est la fréquence ? _____

Allergie et problèmes de santé: _____

Quels médicaments vous prenez? _____ (Si liste, la donner au secrétariat)

Prenez-vous des produits naturels? Lesquels _____

Êtes-vous fumeur? Non Oui Combien par jour? _____

Décrivez votre consommation d'alcool _____

POLITIQUES

- J'autorise l'Institut Podiatrique du Québec et tous ses podiatres à procéder aux traitements qu'ils jugent nécessaires afin de traiter la pathologie du pied pour laquelle je suis venu€ consulter.
- Les services podiatriques ne sont pas couverts par la RAMQ.
- Les services podiatrique sont remboursés par les assurances privées. C'est de votre responsabilité de faire les vérifications préalables aux traitements auprès de votre compagnie d'assurance.
- Les patients qui ont une assurance santé privée doivent se rappeler que les honoraires professionnels sont facturés au patient et non à la compagnie d'assurance. Votre contrat qui vous relie avec vos assurances est un contrat personnel entre vous et votre compagnie d'assurance.
- L'intégralité du paiement va être facturée à la date du traitement reçu.
- Nous acceptons l'argent comptant, chèque, Visa, Master Card, American Express, Diners Club et Discover.
- Les comptes en souffrance sont soumis à des procédures de recouvrement. Tous les frais, y compris, mais sans s'y limiter, frais de recouvrement, avocat et frais de justice deviennent votre responsabilité en plus du solde dû de ce bureau.
- Les frais de consultation pour les nouveaux patients sont de 105\$ (non taxable).
- Il y a des frais de service de 25,00 \$ pour tous les chèques retournés.
- Il y a des frais de service de 45,00 \$ pour les rendez-vous manqués.
- Une notification de 24 heures est nécessaire pour les annulations.
- J'autorise le personnel de l'Institut Podiatrique de prendre des photos/ vidéos de mes pieds à des fins de documentation de mon dossier médical et à des fins d'éducation. Ni votre nom, ni votre visage ne serait identifiés sur la photo.
- J'autorise l'Institut Podiatrique du Québec à m'envoyer des infolettres sur la santé des pieds. Il serait possible pour me désabonner en tout temps.
- J'autorise l'Institut Podiatrique du Québec à transmettre/ divulguer des messages relativement à ma condition du pied (rappel de rendez-vous, suivis ou autres) aux numéros de téléphone enregistrés à mon dossier.
- Je comprends qu'aucun conseil médical ne sera discuté avec toute autre personne que le podiatre ou son assistant (e).
- J'autorise l'Institut Podiatrique du Québec à discuter de mon plan de traitement et /ou condition médicale à mes professionnels de la santé.

Je suis bilingue

Je ne parle que le Français

Signature du patient ou du responsable

Date