

L'Institut podiatrique du Québec

Physimed 6363, rte Transcanadienne Suite 102, Ville St-Laurent, QC, H4T 1Z6

Dre. Fadji Koffi · Dre. Marie-Christine Torchon · Dre. Véronique Plante-Quevillon

Formulaire pour nouveau patient

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

de dossier : _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Sexe : M F

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Responsable si mineur : _____ Lien : _____
jour mois année

Adresse : _____ App. : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. domicile : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____ Tél. bureau : (____) ____ - ____ ext. : ____

Adresse courriel : _____ Assurance privée : Oui Non Compagnie : _____

En cas d'urgence, contactez : _____ Tél. : (____) ____ - ____ Lien : _____

PREMIÈRE CONSULTATION

Raison(s) de votre visite : _____

Si vous avez eu une imagerie, une référence médicale ou 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

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Avez-vous un médecin de famille? Oui Non Si oui, c'est Dr(e). _____ Tél. : (____) ____ - ____

Diabétique : Oui Non Si oui, quel est le nom de votre endocrinologue? Dr(e). _____

Autre spécialiste : _____ À quelle pharmacie allez-vous? _____
bannière et localisation

Qui est votre physiothérapeute, chiropraticien, autre? _____

Qui coupe vos ongles? _____

SANTÉ GÉNÉRALE

Emploi : _____ Quelles activités pratiquez-vous? _____
activités et fréquence

Poids : _____ Taille : _____ Grandeur de souliers : _____ Allergie(s) et problèmes de santé : _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non Si oui, lesquels? _____

Si vous avez une liste de médicaments, la confier au secrétariat.

Prenez-vous des produits naturels? Oui Non Si oui, lesquels? _____

Êtes-vous fumeur? Oui Non Combien par jour? _____ Consommation d'alcool : _____

POLITIQUES DE LA CLINIQUE

- 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 venue consulter.
- **Les services podiatriques ne sont pas couverts par la RAMQ.**
- **Les services podiatriques 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.
- **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 30,00 \$ pour les rendez-vous manqués (avisez 24h à l'avance pour les annulations)**
- J'autorise le personnel de l'Institut podiatrique du Québec à 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 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.

Signature du patient ou du mandataire

Date : ____ / ____ / ____
 jour mois année

Merci pour votre confiance!