

PROFIL DU PATIENT



PHYSIOOUTAOUAIS

			# DOSSIER	
PRÉNOM		NOM (à la naissance)		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE		TÉLÉPHONE TRAVAIL		CELLULAIRE
				AUTRE
# D'ASSURANCE MALADIE	Exp.	DATE DE NAISSANCE	OCCUPATION	
MÉDECIN RÉFÉRANT		DIAGNOSTIC OU MOTIF de la consultation		DATE DE L'ÉVÉNEMENT
CATÉGORIE : <input type="checkbox"/> PRIVÉ <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> AUTRE				# ASSURANCE SOCIAL
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR				CODE POSTAL
DATE DE LA RÉFÉRENCE	RÉCEPTION DE LA RÉFÉRENCE	# DOSSIER CSST, SAAQ ou WSIB	RÉCLAMATION REMPLIE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
NOM ET # DE TÉLÉPHONE DE L'AGENT :				
COMMENT AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DE NOTRE EXISTENCE?				
RÉFÉRENCE : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ancient patient <input type="checkbox"/> Famille / amis <input type="checkbox"/> Équipe sportive <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Olympiques <input type="checkbox"/> CAP ou UQO		PUBLICITÉ : <input type="checkbox"/> Enseigne extérieure <input type="checkbox"/> Véhicule promotionnel <input type="checkbox"/> Pages jaunes <input type="checkbox"/> Publication (journaux – dépliants) <input type="checkbox"/> Site web <input type="checkbox"/> _____		
SAVIEZ-VOUS QUE ... L'ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec recommande de facturer 30% des frais de consultation pour toute absence. Votre physiothérapeute est payé(e) à l'acte, par conséquent non rémunéré(e) lors de votre absence. Les organismes (CSST, WSIB, SAAQ) ne paient pas pour les absences, mais nous exigent de les déclarer et ils ont pour politique de mettre un terme à vos services face à cette situation.				
J'ai lu et accepte que des frais d'absence me soient facturés si je n'avise pas 24 heures à l'avance. _____ Signature				