



QUESTIONNAIRE DE SANTE LA BAIE DES SENS

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : Date de naissance :

Adresse mail :

Est-ce votre premier massage : OUI NON

Si non, quel(s) massage(s) avez-vous reçu ?

.....

Etes-vous suivi par un professionnel de santé ?

Ostéopathe Autre

Souffrez-vous de :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Infection, problème contagieux de peau |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie, opération, blessure, cicatrices récentes, | Date : |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | |
| <input type="checkbox"/> Tension artérielle non régulée, Précisez : | |

Avez-vous des allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Etes-vous enceinte ? OUI NON Si oui, nombre de mois :

Avez-vous un trouble musculo-squelettique (inflammation, tendinite, torticolis, ...) ? OUI NON

Quelle est la raison de votre consultation et vos attentes envers le massage ?

.....
.....

Je reconnais avoir pris connaissance de l'unique obligation de moyen et non de résultat du soin réalisé par Mme Claire SEVENO.

OUI

Plescop, le

Signature