

Fiche santé patient

Centre médecine intégrative

Informations personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Rue & localité : _____

Date de naissance : _____

Email : _____

Numéro de téléphone : _____

Profession : _____

Statut social (marié, enfants, ...) : _____

Adressé par : _____

Informations médicales :

Médecin traitant : _____

Médecins spécialistes consultés jusqu'à ce jour : _____

Thérapies complémentaires effectuées jusqu'à ce jour : _____

Plaintes/symptômes principaux (maximum 3) : _____

Antécédents médicaux/chirurgicaux/grossesses : _____



Allergies médicamenteuses/alimentaires/autres : _____

Traitements et compléments alimentaires actuels : _____

Tabac : Non Oui

Drogues : Non Oui Si oui, lesquelles : _____

Vaccins : _____

Maladies dans la famille : _____

Poids actuel (en kg) : _____ Taille actuelle (en cm) : _____

Sensation globale de votre état de santé de 0 à 10 (10 étant un état de santé parfait selon votre ressenti) : _____

Raisons de vouloir une prise en charge, raisons qui motivent un changement :

Parmi les thérapies et soins médicaux proposés au Centre, y en a-t-il un ou une en particulier qui vous a motivé à nous contacter?

Avez-vous une assurance complémentaire? _____

