



## 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