

Formulaire Patient en-ligne

Catégorie : Formulaires

Publié par [Drdesforges](#) le 9/7/2006

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Province:

Code Postal

Tel domicile:

Tel bureau:

Ext.

Courriel:

Occupation:

Raison de votre visite:

Date de naissance (J/M/A):

Age:

Sexe: M
F

État civil:

Marié

Veuf

Célibataire

Divorcé(e)

Autre

Avez-vous une assurance couvrant vos soins ?

Oui
Non

Nom de la compagnie d'assurance:

Numéro de la police d'assurance:

Référence:

Journal

Pages Jaunes

Un de nos patients

Je comprends bien et conviens que je suis personnellement responsable du règlement des honoraires pour services rendus qui me seront facturés directement. Je comprends aussi que si je devais suspendre ou mettre fin aux soins et traitements, tous les honoraires pour services professionnels rendus seront exigibles et payables immédiatement. *Signature du parent obligatoire si moins de 18 ans*

Signature: _____

Date (J/M/A)