



Questionnaire de sante

Nom, prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Date de naissance :

Est-ce votre premier massage ?

oui

non

Si non, quel type de massage avez-vous déjà reçu ?

Etes vous suivi par un professionnel de santé ?

Ostéopathe

Autre

Avez-vous des troubles du sommeil ?

- oui non

Avez-vous des antécédents d'évanouissement ?

- oui non

Souffrez vous de :

- Fièvre Infection, problème contagieux de peau
 Problème cardiaque Chirurgie, opération, blessure, cicatrices récentes
 Diabète Hémophilie
 Ostéoporose Tension artérielle non régulée
 Cancer

Précisez :

Avez-vous des allergies ? Si oui lesquelles ?

Êtes-vous enceinte ? Si oui, depuis combien de temps ?

Avez-vous un trouble musculo-squelettique (inflammation, tendinite, torticoli..)

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 Alexandra Morvan-Bernard

- oui

Cast , le.....signature :