

DOUCE HEUR'

Avant de vous faire masser, merci de répondre en toute honnêteté à ce questionnaire. Les informations personnelles seront bien sûr gardées confidentielles. Je vous demanderai lors des prochaines visites de m'indiquer tout changement éventuel de ce questionnaire.

O Mr O Mme O Mlle

NOM :

PRENOM :

ADRESSE COMPLETE (facultatif) :

.....

N° TELEPHONE :

DATE DE NAISSANCE :

- Vous êtes- vous déjà fait masser ? oui / non

Si oui quel(s) genre(s) de massage?.....

- Avez-vous eu des réactions après ce(s) massage(s) ? oui / non

Si oui laquelle.....

- Etes-vous enceinte ? oui / non

Si oui de combien.....

ACCORD DU MEDECIN POUR CES PATHOLOGIES :

- Avez-vous subi une opération chirurgicale il y a moins de 3 mois ?

oui / non

O Hernie O Entorse

- des pathologies lourdes ou spéciales

- des traitements spéciaux - des traitements médicamenteux

fait le.....

Nom, prénom.....

SIGNATURE client