



Téléphone : (+32)471 77 88 99
Mail : info@martine-dupont.be

Questionnaire médical préliminaire

Informations personnelles

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Portable _____

Mail _____

Contact en cas d'urgence _____

Nom, adresse, téléphone du médecin traitant

Plaintes courantes

Quand ces plaintes ont-elles commencées ? Connaissez-vous la période exacte (jour, mois, année) ?

Qu'est-ce qui améliore ou aggrave vos plaintes ?

Avez-vous déjà eu recours à l'acupuncture ? _____

Souffrez-vous d'hypertension, hypotension, hyperthyroïdie, hypothyroïdie,... ?

Souffrez-vous de problèmes cardiaques, avez-vous un pacemaker ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? lesquels ? quelle fréquence ?

Souffrez-vous de maladie chronique ?

Souffrez-vous d'allergies ?

Avez-vous subi une chirurgie ?

Signature du patient

Date
