

Formulaire d'inscription pédiatrique (Naissance - 5 ans)

Prénom : _____ Nom : _____ Deuxième prénom : _____ Date : _____

Âge: _____ Date de naiss: _____/_____/_____ Sexe (encercler): femelle ou mâle

Nom de la mère: _____ Nom du père: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Tél. (domicile): (_____) _____ Parents (travail): (_____) _____

Ass. Maladie du NB: _____

Adresse électronique des parents: _____

Quelle est votre méthode préférée de contact pour le rappel des visites (encercler)? Courriel ou téléphone

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique (soyez aussi spécifique que possible)? _____

Nom du bureau de médecin/hôpital/clinique où les dossiers de votre enfant sont retenus : _____

Raison pour la référence ou les problèmes actuels: _____

MÉDICAMENTS Actuels Passés

Aspirine _____
Tylenol _____
Décongestif _____
Ibuprofène _____

Actuels Passés
Antibiotiques _____
Anti-histaminique _____
Autres _____
Allergies aux médicaments _____

Veuillez énumérer **tout** médicament prescrit, non prescrit, vitamines ou autres suppléments que votre enfant prend actuellement :

1) _____ 3) _____
2) _____ 4) _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (O/N)

_____ Varicelle	_____ Scarlatine	_____ Amygdalite, no. approx. _____
_____ Rougeole	_____ Pneumonie	_____ Infections oreilles, no. _____
_____ Oreillons	_____ Rhumes fréquents	_____ Autres (nommer) _____
_____ Rubéole	_____ Rhumatisme articulaire aigu	

Est-ce que votre enfant a eu les tests suivants? Quand Où Résultats

Électroencéphalogramme
Évaluation psychologique
Audition
Langage

Blessures/Chiurgies/Hospitalisations (Veuillez énumérer): _____

IMMUNISATIONS

_____ Rougeole _____ Polio _____ ROR _____ Variole _____ Diphthérie
_____ Oreillons _____ DPT _____ Tetanos _____ Influenza
Autres (énumérer) _____

Effets secondaires? O N Lesquels ? _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

_____ Maladie cardiaque	_____ Diabète	_____ Malformations congénitales
_____ Hypertension	_____ Arthrite	_____ Tuberculose
_____ Cancer	_____ Allergies	_____ Maladies mentales

ANTÉCÉDENTS PRÉ-NATAUX

Grossesses antérieures de la mère naturelle, fausses couches, ou complications? _____

Santé de la mère durant la grossesse?

_____ Saignement _____ Trauma physique ou émotionnel
_____ Nausée _____ Consommation de cigarettes, alcool, drogues
_____ Maladies _____ Médicaments
_____ Hypertension _____ Problèmes thyroïdiens _____ Diabète

ANTÉCÉDENTS DE LA NAISSANCE

Terme: À terme _____ Prématuré _____ Passé _____ Poids naiss. _____

Durée du travail _____ Complications? _____

Est-ce que votre enfant a eu les problèmes suivants tôt après sa naissance?

_____ Malformations cong. _____ Trauma à la naiss. _____ Bébé bleu
_____ Paralysie cérébrale _____ Convulsions _____ Jaunisse
_____ Colique _____ Fièvre _____ Rashes

Autres (expliquez) _____

Habitudes du sommeil de l'enfant (première année) _____

Intolérances alimentaires (si applicable) _____

Alimentation: Sein? _____ comment longtemps? _____

Aliment lacté pour nourrisson? __ lait / soya / autre _____

Âge du début de solides _____ Quels aliments? _____

Âge du début: Asseoir _____ Traîner _____ Marcher _____ Parler _____

SYMPTÔMES (marquer **O** pour présent, **P** symptôme important dans le passé)

_____ Urticaire	_____ Brûlure à la miction	_____ Sang dans l'urine
_____ Eczéma	_____ Miction fréquente	_____ Pleure facilement
_____ Gencives saignantes	_____ Murmure cardiaque	_____ Nervosité
_____ Saignements du nez	_____ Crises de vomissement	_____ Problèmes du sommeil
_____ Acné	_____ Anémie	_____ Sueurs nocturnes
_____ Haute température	_____ Maux d'estomac	_____ Sensibilité à la lumière
_____ Rash chronique	_____ Jaunisse	_____ Odeur corps/haleine
_____ Perte de l'audition	_____ Facilité de contusion	_____ Mal de transport
_____ Diarrhée	_____ Pieds plats	_____ Pas d'appétit
_____ Maux de gorge	_____ Constipation	_____ Cauchemars
_____ Maux de tête	_____ Gaz	_____ Ulcère buccal
_____ Rhumes fréquents	_____ Tendance au saignement	_____ Peurs inhabituelles
_____ Wheezing	_____ Douleurs articulaires	_____ Fatigue excessive
_____ Toux	_____ Crises d'étourdissement	_____ Perte de cheveux

DIÈTE

Veuillez décrire la diète habituelle quotidienne de votre enfant :

Déjeuner: _____

Dîner: _____

Souper: _____

Collations: _____

Breuvages: _____

Merci. Nous anticipons d'aider votre enfant par tous les moyens possibles.

Déclaration d'être reconnaissant des frais de visite:

Nom de patient(e) imprimé : _____

FRAIS

Premières visites : \$160 (si visite est de 60min.)
- si prolongé \$200
Oncologie : \$250 (visite de 1hr 30min.)

Visites de suivi

Les frais de visite sont en fonction du temps passé avec le Dr Gleixner: \$13.50 pour chaque 5 minutes.

30 min. visites plus courtes : \$80
40 min. visites : \$107
45 min. visites typiques : \$120.50
50 min. visites : \$ 134

Consultations par téléphone / courriel: en fonction du temps requis selon les frais de visite.

Veillez noter que Dr. Gleixner fait de son mieux pour être aussi efficace que possible et pour conserver la durée des visites dans le temps proposés: par ex. visites pédiatrique initiales de 1 heure (\$160) et des visites de suivi typiques de 45 minutes (\$120.50). En raison de la complexité des problèmes de santé de chaque personne, cela peut être difficile et nécessiter de plus longues consultations. Si l'état de santé de votre enfant est complexe, la visite initiale pourrait prendre plus de 60 minutes, auquel cas des frais de visite prolongée auraient été appliqués (\$200). Les visites des patients en oncologie (cancer) sont de \$250 pour permettre Dr. Gleixner de passer plus de temps à examiner les études de laboratoire et d'imagerie après votre rendez-vous.

Pour les prochaines visites de retour, la durée du rendez-vous peut prendre plus de 45 minutes (si que du temps supplémentaire pour répondre pleinement à vos préoccupations en matière de santé est requise), auquel les frais de visite refléteront le temps additionnel par incrément de 5 minutes, (par ex., les visites de retour de 50 minutes = \$134; visites de retour de 60 minutes = \$160). De même, si vous avez besoin moins de temps, le rendez-vous plus court reflétera le temps que vous passerez avec le Dr Gleixner (par exemple 30 minutes de visites-retours = \$80).

Veillez informer Dr Gleixner au début du rendez-vous si vous avez des contraintes de calendrier/financières et préférez un rendez-vous plus court ou plus long.

I consent to receive naturopathic treatment. I understand this consent is voluntary and may be revoked at any time.

Signature du/de la patient(e) ou gardien(ne): _____ Date: _____

Déclaration et consentement éclairé pour des soins naturopathiques

Dr Martin Gleixner profite de cette occasion pour vous souhaiter la bienvenue. Comme médecin naturopathique, il fera une analyse de cas détaillée ainsi qu'un examen physique et il peut recommander des examens spécifiques sanguins, urinaires, et tout autre rapport de laboratoire faisant partie du bilan de traitement. Dr Gleixner incorpore des thérapies de support, telles que la nutrition, la phytothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine physique et des conseils sur le mode vie afin d'aider le corps dans ses aptitudes à se guérir et pour améliorer la qualité de vie et la santé.

Accusé de réception

Nom de patient(e) imprimé : _____

Comme patient(e) du Dr Gleixner, j'ai pris connaissance de l'information et je comprends que le mode de soins de santé est basé sur les principes et pratiques de la naturopathie et d'autres pratiques de soutien. Je reconnais que même les thérapies les plus douces ont un potentiel de complications. L'information que j'ai donnée au Dr Gleixner est complète et inclut tout ce qui concerne ma santé, incluant la possibilité de grossesse et tous les médicaments actuels, incluant ceux sans ordonnance. De légers risques pour la santé de certains traitements naturopathiques incluent, mais ne sont pas limités, à :

- Aggravation temporaire de certains symptômes pré-existants ;
- Réactions allergiques ou autres effets secondaires aux suppléments, remèdes homéopathiques ou herbes; et
- Douleur, évanouissement, ecchymose ou traumatisme de l'acupuncture ou des injections de vitamines intramusculaires.

Je reconnais aussi que :

- J'aurai l'occasion de discuter et consentir à tout plan de traitement.
- Tout traitement ou conseil que je reçois comme patient(e) du Dr Gleixner **n'est pas mutuellement exclusif** de tout traitement que je reçois maintenant ou que je pourrais recevoir dans l'avenir d'un autre dispensateur de soins de santé autorisé. Je suis libre de rechercher ou continuer de recevoir des soins de santé d'un docteur en médecine ou tout autre dispensateur de soins de santé. Il est hautement recommandé que je mette à jour mes dispensateurs de soins de santé concernant tous les nouveaux traitements reçus.
- De plus, je confirme avoir le droit d'accepter ou de rejeter ces soins de mon propre gré et selon mon choix. Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. J'accepte l'entière responsabilité de tous les frais encourus au cours des soins et des traitements.
- Je reconnais qu'un dossier de mes visites sera conservé. Ce dossier sera gardé de façon confidentielle et **ne sera pas divulgué** sans mon consentement. Je comprends qu'il m'est possible de visionner mon dossier médical en tout temps et qu'il m'est possible d'en demander une copie.
- Aucun appareil d'enregistrement ne doit être utilisé lors d'une consultation sans l'autorisation de tous les parties présentes.
- Je suis responsable pour le **paiement des services dès que je les reçois**. Les articles du dispensaire doivent être payés en entier avant de quitter le bureau.
- Je suis conscient(e) que je dois donner un **avis 24 heures à l'avance** pour annuler un rendez-vous, sans quoi des **frais d'annulation** seront appliqués.
- Je reconnais que le Dr Gleixner se réserve le droit de déterminer les cas qui sont en dehors de son champ de pratique, dans lequel cas une **référence appropriée sera recommandée**.
- J'ai lu et compris la **Politique de confidentialité** qui est disponible sur le site web du Dr Gleixner au www.monctonnaturopathic.com (voir Formulaires).

Je consens à recevoir des traitements naturopathiques du Dr Martin Gleixner. Je reconnais que ce consentement est volontaire et peut être révoqué en tout temps.

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____