FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE

TÉLÉCONSULTATION GRATUITE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION |
| NOM | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| TÉLÉPHONE | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| ADRESSE COURRIEL | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| MÉTHODES DE CONTACT PRIVILÉGIÉES | [ ] Suivi téléphonique [ ] Visioconférence (ZOOM)  |
| DISPONIBILITÉS POUR ÊTRE CONTACTÉ(Cocher toutes les options applicables) | [ ]  6h à 8h [ ]  8h à 12h [ ] 12h à 16h [ ]  16h à 21h [ ] Lundi [ ] Mardi [ ] Mercredi [ ] Jeudi [ ]  Vendredi |
| PROFESSIONNELS DISPONIBLES | CIBLER VOS BESOINS (menus déroulants) |
| ERGOTHÉRAPEUTE SANTÉ PHYSIQUEERGONOME | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte.  |
| PSYCHOLOGUEERGOTHÉRAPEUTE SANTÉ MENTALE | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| KINÉSIOLOGUE | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte.  |
| PHYSIOTHÉRAPEUTETECHNICIEN EN RÉADAPTATION PHYSIQUE | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| MASSOTHÉRAPEUTE | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| NUTRITIONNISTE | [ ]  CLIQUER ICI[ ]  CLIQUER ICICommentaires : Cliquer ici pour entrer du texte.  |
| CONSENTEMENT |
| [ ] En cochant cette case, je consens à la remise de ces informations au thérapeute qui prendra en charge ma demande et je suis d’accord que ce dernier entre en contact avec moi. Je comprends qu’il s’agit d’un service de rencontre ponctuelle avec un professionnel et non de thérapie complète. |

Merci de votre intérêt, nous traiterons votre demande dans les plus brefs délais pour vous orienter vers le professionnel approprié.

**Veuillez acheminer ce formulaire à l’adresse courriel suivante :** **isosante@isosante.com**