



SYNDICAT PROFESSIONNEL DES KINÉSIOLOGUES DU QUÉBEC (CPMDQ)

L.R.Q., c. S-40

DECLARATION DU PRATICIEN TRAITANT/DECLARATION OF TREATING PRACTITIONER
TRAITEMENT DE KINÉSIOLOGIE/ KINESIOLOGY TREATMENT

INFORMATION SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE / INFORMATION ON THE POLICY HOLDER

NOM AU COMPLET / FULL NAME:
RESIDENCE VILLE / CITY / PROVINCE :
EMPLOYEUR / EMPLOYER: OCCUPATION:
TÉL. BUR. / BUS: (TEL. RES.):

INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

NOM AU COMPLET / FULL NAME:
DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH NO. POLICE / POLICY NUMBER :
PROBLÈME SANTÉ / HEALTH PROBLEM:

Ce cas relève-t-il de la Commission du travail/ Is workman's compensation involved in this case :
La grossesse est-elle la cause de cet état/ Is pregnancy the cause of the patient's health state :

EXAMEN / ASSESSMENT:

[X] PSYCHIQUE/PHYSIQUE [X] PRIMAIRE/COMPLET [X] BILAN SANTÉ
[X] PSYCHOLOGICAL/PHYSICAL [X] PRIMARY/COMPLETE [X] GENERAL HEALTH QUESTIONAIRE

TRAITEMENT/TREATMENT

[] Renforcement musculaire/Muscle strengthening [] Posturale/Postural [] Exercice
[] Thérapie Manuelle/Manual therapy [] Autres/Other

Three rows of date and cost fields: J/D M/M A/Y \$

Nombre de session / Number of treatments: Coût par session / Fees per treatment \$
Tarif à l'heure / Hourly rate \$ Total des honoraires chargés / Total fees charged \$

Ce traitement est dispensé par le thérapeute licencié(e) ci-dessous. Les membres du syndicat professionnel sont assermentés à la confidentialité du traitement et du dossier de leurs clients. This treatment is provided by the licensed therapist below. Therapists member of the professional syndicate are sworn under oath towards the confidentiality of the treatment and their client's files.

NOM ET NUMÉRO DE LICENCE DU KINÉSIOLOGUE / KINESIOLOGIST'S NAME AND LICENSE NUMBER

Nom/Name : Licence/License No.:
Signature: Date: