

CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom du Patient :

Je soussigné(e), [identification du patient], atteste avoir été reçu(e) par [identification du professionnel] en son cabinet le [date] pour une prise en charge chiropratique.

Avant cette consultation (au moment de la prise de rendez-vous), mon Chiropracteur m'a remis une fiche d'information intitulée « Mon Chiropracteur m'informe... » établie par l'Association Française de Chiropraxie en mars 2021, expliquant le déroulement d'une séance de chiropraxie, les avantages et les risques du traitement proposé.

Ensuite, lors de la consultation, avant le début du traitement, [identification du professionnel] m'a informé oralement de manière loyale, claire et appropriée de mon état de santé, des actes et traitements envisagés et des risques inhérents à ces différents actes.

[identification du professionnel] a également procédé à une évaluation bénéfices/risques personnalisée.

Je reconnais avoir compris les informations qui m'ont été données, avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais et consentir de manière éclairée aux traitements de chiropraxie proposés.

Fait à _____ le, _____ .

Signature du majeur ou du représentant légal (pour les mineurs, tutelle ou curatelle)