

Nom : _____

Condition primaire : _____

Conditions secondaires : _____

#	D1		S.
	D2		
C0	D3	L1	O.
C1	D4	L2	
C2	D5	L3	Tx.
C3	D6	L4	
C4	D7	L5	
C5	D8	▽	
C6	D9		
C7	D10		Plan
	D11		
	D12		Recommandations

#	D1		S.
	D2		
C0	D3	L1	O.
C1	D4	L2	
C2	D5	L3	Tx.
C3	D6	L4	
C4	D7	L5	
C5	D8	▽	
C6	D9		
C7	D10		Plan
	D11		
	D12		Recommandations

#	D1		S.
	D2		
C0	D3	L1	O.
C1	D4	L2	
C2	D5	L3	Tx.
C3	D6	L4	
C4	D7	L5	
C5	D8	▽	
C6	D9		
C7	D10		Plan
	D11		
	D12		Recommandations

Je reconnais avoir lu le document « consentement éclairé » et d'avoir pu discuter et poser mes questions au chiropraticien.

Signature : _____ date : _____