



Veillez noter que ce formulaire doit être signé avant votre premier rendez-vous.

Médecine naturopathique Africaine - Consentement éclairé

La médecine naturopathique africaine est le traitement et la prévention des maladies par des moyens naturels. Les naturopathes évaluent la personne dans son ensemble, en tenant compte des aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels de l'individu.

Votre naturopathe prendra une anamnèse approfondie et effectuera un examen physique pertinent. Il est très important que vous informiez votre naturopathe de tout problème médical ou de tout médicament et suppléments que vous pourriez prendre. Veuillez informer votre naturopathe si vous êtes enceinte, si vous pensez être enceinte ou si vous allaitez.

En tant que patient, vous recevrez des informations sur votre diagnostic et / ou traitement, les voies d'action alternatives, les effets matériels, les coûts, les bénéfices attendus, les risques, les effets secondaires et, dans chaque cas, les conséquences de ne pas avoir suivi le diagnostic et / ou le traitement.

Comme pour toute forme d'intervention médicale, il peut y avoir des risques pour la santé associée au traitement par la médecine naturopathique, y compris le massage.

En personnalisant à côté de chaque déclaration, vous reconnaissez votre compréhension du risque associé et accordez la permission de continuer.

Les effets secondaires possibles des soins médicaux naturopathiques comprennent :

- Aggravation des symptômes préexistants
- Réactions allergiques aux suppléments ou aux herbes
- Douleur, ecchymose ou blessure

Je comprends qu'un dossier confidentiel sera conservé des services de santé qui m'ont été fournis. Ce dossier sera gardé confidentiel, mais si nécessaire, je comprends que mon naturopathe peut discuter de mon cas avec d'autres fournisseurs de soins de santé.

Je comprends que je peux consulter mon dossier médical à tout moment et que je peux demander une copie de mon dossier moyennant des frais de 0,10 € par page. Je comprends

que les informations de mon dossier médical peuvent être analysées à des fins de recherche et que mon identité sera protégée et gardée confidentielle.

Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. Je ne m'attends pas à ce que les naturopathes soient capables d'anticiper et d'expliquer tous les risques et complications.

Avec cette connaissance, je consens volontairement aux soins naturopathiques et j'ai l'intention que ce formulaire de consentement couvre l'ensemble du traitement. Je comprends que je suis libre de retirer mon consentement à tout moment.

Nom du patient : (Veuillez écrire le nom en lettres majuscules) :

Signature du patient ou du tuteur : _____

Date : _____

Nom du Naturopathe : MOUZDA Naïda Maria

Signature Praticien :



La vision du cabinet Ulangamaria est de fournir de véritables services intégratifs. Compte tenu de notre engagement envers cette meilleure pratique pour les patients, nous communiquerons avec vos autres prestataires médicaux de la clinique pour nous assurer que vous recevez de véritables soins complémentaires.

Cette volonté être fait dans le respect de toutes les lois sur la confidentialité et de toute stipulation restrictive que vous auriez pu placer sur cette communication. Veuillez parler à votre praticien si vous souhaitez plus d'éclaircissements sur ce processus.

J'accueille favorablement le dialogue professionnel concernant mon cas entre les membres de mon équipe du cabinet Ulangamaria : Oui / Non

Signature :