



ENVOYER

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

---

Les plasticiens ont à cœur de répondre aux besoins de sa précieuse clientèle. Pour maintenir nos standards, nous apprécierions que vous complétiez les informations au bas afin de répondre adéquatement à vos attentes.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Cell. : \_\_\_\_\_ Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Ramq : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_

**Quelle est la meilleure façon de vous contacter de jour?** (Identifier de 1 à 4, 1 étant prioritaire)

\_\_\_\_\_Maison \_\_\_\_\_Travail \_\_\_\_\_Email \_\_\_\_\_Cell Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Avons-nous l'autorisation de vous faire parvenir des messages électroniques de confirmation de rendez-vous ?**

OUI  NON

**Avons-nous l'autorisation de vous faire parvenir des messages électroniques commerciaux afin de vous informer de nos nouveaux services, promotions ou toute autre information pertinente?**

OUI  NON

**Par quel intermédiaire avez-vous pris connaissance de nos chirurgiens?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin de famille                 | <input type="checkbox"/> Recherche Google                     |
| <input type="checkbox"/> Institut privé de chirurgie              | <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux Facebook / Instagram |
| <input type="checkbox"/> Une connaissance (amie, employeur, etc.) | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste : _____          |
| <input type="checkbox"/> Site internet Les Plasticiens            | <input type="checkbox"/> RateMds                              |
| <input type="checkbox"/> Site internet Dr Olivier Boa             | <input type="checkbox"/> Autre : _____                        |

**Quelques services sont énumérés ci-dessous. S'il vous plaît, cochez les sujets qui vous intéressent et dont vous aimeriez discuter lors de votre consultation :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie mammaire                     | <input type="checkbox"/> Rides du lapin (côté du nez)              |
| <input type="checkbox"/> « Facelift »                           | <input type="checkbox"/> Rides entre les yeux (glabellle)          |
| <input type="checkbox"/> Liposuction                            | <input type="checkbox"/> Rides aux coins des yeux (pattes d'oie)   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'abdomen                 | <input type="checkbox"/> Rides chaque côté du nez et de la bouche  |
| <input type="checkbox"/> Rhinoplastie                           | <input type="checkbox"/> Rides de la marionnette                   |
| <input type="checkbox"/> Poches sous les yeux                   | <input type="checkbox"/> Comblement des rides au-dessus des lèvres |
| <input type="checkbox"/> Paupières qui s'affaissent (tombantes) | <input type="checkbox"/> Augmentation du volume des lèvres         |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                          |  |
- 

**N'hésitez pas à questionner votre médecin à propos des sujets cochés.**