



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.