



Thalassothérapie
Pornichet - Baie de la Baule

Docteur Sylvaine DUPARC
Médecin généraliste, homéopathe
Diplômée en Hydrologie et Climatologie médicale

Docteur Thierry GUICHETEAU
Médecin généraliste, acupuncteur

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-après et de nous le renvoyer impérativement dans l'enveloppe réponse jointe, avec votre bon de réservation.

Ces renseignements médicaux seront consultés par notre équipe médicale et resteront strictement confidentiels.

Si vous choisissez la consultation médicale d'entrée, celle-ci permettra de faire un bilan clinique de votre santé, d'éliminer les contre-indications éventuelles et ainsi de personnaliser votre cure en fonction de vos envies et de votre état de santé.

Si vous ne choisissez pas la consultation médicale d'entrée, la planification de votre cure pourra être modifiée selon vos réponses à ce questionnaire, en fonction de votre état de santé actuel.

Nous vous remercions de votre compréhension,

Cordialement,
L'Equipe Médicale

TO2/8515

Océanthal, SARL au Capital de 609 760 € – Siège Social 66, bd des Océanides – BP 88 – 44380 Pornichet - RCS Saint-Nazaire B 350 735 700



Thalassothérapie
Pornichet - Baie de la Baule

Docteur Sylvaine DUPARC
Médecin généraliste, homéopathe
Diplômée en Hydrologie et Climatologie médicale

Docteur Thierry GUICHETEAU
Médecin généraliste, acupuncteur

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-après et de nous le renvoyer impérativement dans l'enveloppe réponse jointe, avec votre bon de réservation.

Ces renseignements médicaux seront consultés par notre équipe médicale et resteront strictement confidentiels.

Si vous choisissez la consultation médicale d'entrée, celle-ci permettra de faire un bilan clinique de votre santé, d'éliminer les contre-indications éventuelles et ainsi de personnaliser votre cure en fonction de vos envies et de votre état de santé.

Si vous ne choisissez pas la consultation médicale d'entrée, la planification de votre cure pourra être modifiée selon vos réponses à ce questionnaire, en fonction de votre état de santé actuel.

Nous vous remercions de votre compréhension,

Cordialement,
L'Equipe Médicale

TO2/8515

Océanthal, SARL au Capital de 609 760 € – Siège Social 66, bd des Océanides – BP 88 – 44380 Pornichet - RCS Saint-Nazaire B 350 735 700

questionnaire de santé

à retourner impérativement avec le bon de réservation

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Poids : Taille :

	oui	non
1 Savez-vous nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Prenez-vous un traitement médical régulier ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Etes-vous atteint(e) des maladies suivantes ?		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coliques vésiculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie discale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes dermatologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Année
.....
.....
5 Avez-vous déjà eu des phlébites ? Si oui, à quelle date ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été opéré des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses de hanche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs lombaires importantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs cervicales importantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous de l'arthrose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'ostéoporose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pratiquez-vous un sport régulièrement ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Etes-vous enceinte ? De combien de mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Avez-vous accouché dans les 6 derniers mois ? Si oui, avez-vous effectué votre rééducation périnéale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

questionnaire de santé

à retourner impérativement avec le bon de réservation

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Poids : Taille :

	oui	non
1 Savez-vous nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Prenez-vous un traitement médical régulier ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Etes-vous atteint(e) des maladies suivantes ?		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coliques vésiculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie discale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes dermatologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Année
.....
.....
5 Avez-vous déjà eu des phlébites ? Si oui, à quelle date ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été opéré des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses de hanche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs lombaires importantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs cervicales importantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous de l'arthrose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'ostéoporose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pratiquez-vous un sport régulièrement ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Etes-vous enceinte ? De combien de mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Avez-vous accouché dans les 6 derniers mois ? Si oui, avez-vous effectué votre rééducation périnéale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>