



CONSENTEMENT

Je certifie avoir été pleinement informé(e) des soins d'infrathérapie proposés, des procédures qui seront effectuées et des précautions à prendre avant, pendant et après le soin.

Je comprends que l'infrathérapie est un traitement thérapeutique utilisant des rayonnements infrarouges pour soulager certaines affections.

Je comprends qu'il n'y a pas de garantie de résultat et je suis conscient(e) que ceux-ci peuvent varier d'une personne à l'autre, que les bienfaits dépendront de différents facteurs, telles que ma condition de santé actuelle et ma réaction personnelle au traitement.

En signant ce consentement, j'accepte volontairement de recevoir ces soins d'infrathérapie. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je souhaitais concernant les procédures, les effets attendus et les risques potentiels qui y sont associés.

Je reconnais que l'infrathérapie n'est pas recommandée dans les situations suivantes : femme enceinte, troubles cardiovasculaires, thrombose, infection aiguë, fracture récente, plaie ouverte ou douleur aiguë.

Je comprends également que l'infrathérapie ne remplace pas un avis médical professionnel. Je m'engage à consulter mon médecin en cas de problèmes de santé ou d'inquiétudes spécifiques concernant l'infrathérapie.

En signant ce document, je décharge l'établissement et les professionnels de toutes responsabilités en cas de blessure ou d'effets indésirables résultant de l'infrathérapie.

J'accepte que des photos soient prises avant et après le traitement à des fins de formations ou de publicités.

Nom et prénom

Date

Signature

NOM, PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

Téléphone _____

Courriel _____

Adresse _____

Occupation (emploi) _____

Comment avez-vous entendu parler des soins d'infrathérapie de Ô LOKAL ?

Quel est le motif de votre demande de soins d'infrathérapie ? (par exemple : douleurs musculaires, tensions, blessures sportives, etc.)

Avez-vous des zones spécifiques de votre corps que vous souhaitez cibler avec les soins d'infrathérapie ? Si oui, veuillez les indiquer :

J'aimerais améliorer les conditions suivantes :

- | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Récupération après blessures | <input type="checkbox"/> Stimuler la perte calorique |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Tension musculaire, articulaire | <input type="checkbox"/> Perte de poids, effet minceur |
| <input type="checkbox"/> Bien-être global | <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> Cellulite |
| <input type="checkbox"/> Système immunitaire | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Performances sportives |
| <input type="checkbox"/> Detox de l'organisme | <input type="checkbox"/> Qualité de ma peau, teint éclatant | <input type="checkbox"/> Récupération sportive |

Cocher les conditions qui vous représentent :

- | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumeur | <input type="checkbox"/> travailleur manuel | <input type="checkbox"/> Sédentaire |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, stress | <input type="checkbox"/> Souvent assis | <input type="checkbox"/> Enceinte |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Surplus de poids | <input type="checkbox"/> Sportif, actif |

Antécédants médicaux

Avez-vous des problèmes de santé actuels ou passés ?
(diagnostics, traitements, choc vagal, claustrophobie etc.)

Prenez-vous actuellement des médicaments, des compléments alimentaires ou des produits en vente libre ?

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Avez-vous des implants? (pace maker, cérébral, auditif, métallique, dentaire etc...)

Avez-vous des antécédents familiaux de maladies chroniques ou héréditaires (diabète, hypertension, cancer, etc.)

Habitudes de vie

Combien de verre d'alcool consommez-vous par semaine ? 0-1 2-3 4-6 7 et +

Combien d'heures de sommeil dormez-vous en moyenne par nuit ? 4 et- 5-7 8 et +

Combien de jour par semaine faites-vous de l'exercice physique ? 0 1-2 3-4 5-7

Combien de verres d'eau buvez-vous par jour ? 0-1 2-4 5-7 2 L et +

Je déclare par la présente que toutes les informations fournies dans le bilan médical sont véridiques. J'atteste que les détails concernant mon état de santé et toutes autres informations médicales fournies sont exacts et complets. Je comprends que ces informations sont essentielles pour évaluer mon état de santé de manière précise et d'obtenir un plan de traitement thérapeutique approprié et sécuritaire. Je m'engage à informer immédiatement mon professionnel de tout changement dans mon état de santé ou dans les informations fournies dans ce bilan médical.

Signé le _____

Nom et prénom

Signature