



Bonjour,

Afin de mener à bien notre première consultation, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse électronique : _____

Numéro : _____

Date de naissance : _____

■ Motif de la consultation :

■ Plaintes principales/histoire de l'affection :

■ Mode de vie :

• *Digestion/transit :*

• *Sommeil :*

• *Cycle menstruel :*

• *Alimentation (plan d'une semaine ordinaire, endroit choisi pour les courses, mode de cuisson) :*

• *Vie privée-familiale:*

■ *Examens complémentaires/ prises de sang (à joindre par mail au secrétariat).*

■ *Prises en charges complémentaires (exemple: acupuncture, kinésiologie, ostéopathie ou autres).*

Cette démarche nous est indispensable afin d'assurer une prise en charge intégrative et personnalisée.

Merci à vous,
Dr Cassano Loredana
+32 470 20 63 06