

Dossier clients pour la réflexologie

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____



Première visite

But de la consultation : _____

Avez-vous eu des opérations : _____

Si oui lesquelles : _____

Avez-vous eu des fractures : _____ Accidents : _____

Problèmes héréditaires : _____

Fumez-vous : _____ Buvez-vous de l'alcool : _____

Liqueur : _____ Eau : _____ Café : _____

Sucre : _____

Médicaments : _____

Réservez au bureau

État des pieds : _____

Faiblesses remarquées : _____

Client direct : _____ Inversé : _____

Points durs : _____ Points mou : _____

Notes : _____
