

Consentement éclairé

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :

Téléphone :

J'ai été informé par Sébastien ANIZAN, praticien en Médecine Traditionnelle Chinoise, de la nature et des objectifs de son accompagnement et je consens librement à bénéficier de ses séances. Je comprends que chaque personne réagit de manière différente et que les effets d'un accompagnement peuvent varier selon les individus. Je suis conscient que cet accompagnement s'inscrit dans une démarche de moyens et non de garantie de résultat.

Je comprends également que le praticien Sébastien ANIZAN, n'est ni médecin, ni psychologue, ni psychiatre, ni psychothérapeute. Son accompagnement ne se substitue pas à une prise en charge médicale et il n'établit pas de diagnostic médical. Il intervient dans le cadre d'un accompagnement complémentaire, visant à favoriser le bien-être et l'équilibre de la personne.

Les consultations sont données dans le cadre d'une démarche de mieux-être en complément ou non d'un suivi médical/paramédical. Les soins ne se substituent aucunement à un suivi ou un avis médical. Ils ne dispensent en aucun cas de consulter un professionnel de santé, chaque fois que cela est nécessaire. Seul un médecin peut poser un diagnostic et lui seul est habilité à prescrire, modifier ou supprimer un traitement médical.

Je comprends que toute question relevant du domaine médical est à poser à mon médecin traitant. À tout moment et dans nos intérêts respectifs, le praticien se réserve le droit de m'orienter vers un professionnel du corps médical si la situation le demande.

Je comprends que le praticien est un facilitateur de changement. Je suis conscient(e) et je comprends que le praticien peut me demander l'autorisation de me toucher respectueusement les membres supérieurs et inférieurs, la tête, le visage, le dos, l'abdomen, le thorax et le bassin dans le cadre de la thérapie. Je donne la permission et mon consentement au praticien de le faire afin de permettre la bonne utilisation des techniques bénéfiques à la séance. Avant tout contact physique nécessaire au soin, le praticien sollicite mon accord. Je suis libre d'accepter ou de refuser tout geste proposé.

Aucune attitude déplacée, ambiguë, à caractère sexuel, agressif, insultant ou intimidant ne sera tolérée. Le praticien se réserve le droit d'interrompre immédiatement la séance et de mettre fin à la prise en charge en cas de comportement inapproprié.

J'ai été informé(e) que je suis libre à tout moment de mettre fin à tout ou partie de la séance .

J'accepte de participer et de m'impliquer à chaque séance, au meilleur de mes capacités.

Je comprends que le nombre de séances varient d'une séance à une autre et d'une personne à une autre.

J'ai fourni au praticien toutes les informations demandées afin de garantir le bon déroulement de la séance.

Pour le respect de mon intégrité physique ainsi que des conditions nécessaires au bon déroulement des soins, je m'engage à porter une tenue vestimentaire adaptée, à adopter un comportement respectueux, et à maintenir des échanges uniquement en lien avec les besoins de la séance.

Je comprends que toutes les informations concernant mes séances restent confidentielles et sont couvertes par le secret professionnel. Cette même confidentialité est respectée lors de tout travail avec des

mineurs de moins de 18 ans, ces derniers devant être accompagnés à chaque séance de l'un des représentants légaux.

PRECISIONS DU PATIENT SUR LA CONFIDENTIALITE

Tout ce qui relève des séances est gardé confidentiel, sauf dans les circonstances suivantes :

- Lorsque vous donnez l'autorisation spécifique de divulguer des renseignements à un organisme ou un individu (autre praticien dans le cadre d'une synergie de pratiques).
- Dans le cadre de maltraitances d'enfants, de violences familiales / conjugales car c'est une obligation légale .
- Dans le cas d'un danger imminent pour vous-même, ou pour autrui.
- Dans le cadre d'une assignation à comparaître.

Toute information partagée reste confidentielle. Dans certains cas, il arrive que le praticien demande conseil à d'autres professionnels liés à son activité, mais dans ces cas-là, aucun nom n'est mentionné, garantissant une fois encore la confidentialité des échanges.

FRAIS ET PAIEMENTS

Les tarifs des consultations sont affichés en salle d'attente ainsi qu'en salle de soin et le paiement peut s'effectuer en chèque, espèces, Cb ou virement. Une facture est effectuée à chaque séance et transmise sur simple demande.

ANNULATIONS

Le thérapeute a réservé son temps pour vous et votre rendez-vous. Tout retard au rendez-vous de plus de 15 mn engendre une annulation du rendez vous et une facturation de la séance. Après deux rendez vous non annulés ou deux retards entraînant une annulation =>Arrêt de la prise en charge.

- Comprenez-vous et êtes-vous d'accord avec les termes et les conditions de consultation énoncées ci-dessus ?

OUI

NON

☐☐

- Acceptez-vous les clauses de confidentialité spécifiées ci-dessus ?

OUI

NON

☐☐

SANTÉ

- Donnez-vous à Sébastien ANIZAN, la permission de contacter mon médecin/ psychologue/psychiatre ?

OUI

NON

☐☐

ACCORD RGPD

- Je suis d'accord pour recevoir des mails de suivi de consultations/ communications ... OUI ☐ NON ☐

- Je consents à l'envoi de mes coordonnées aux herboristes si le soin le nécessite OUI ☐ NON ☐

Acceptation des termes du contrat

Toutes les informations fournies sont vraies, à ma connaissance.

Ce document est signé et valable pour l'ensemble de vos séances sauf demande spécifique de votre part.

« Lu et Approuvé »

Fait à

Le :

Nom et Signature :