



The Low Carb Healthy Fat Dietitian

Formulaire d'admission et de services

Nom complet (prénom, initiale, nom de famille):			
Née (si différent):			
Date de Naissance (JJ/MM /AAAA):		Age (dans des années):	
Sexe:	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	
Adresse complète			
Adresse postale (si différent)			
Ville:		Province:	
Pays:		Code postal:	
Occupation:			
Numéro de téléphone (xxx) xxx-xxxx		-	extension: <input type="text"/>
E-mail:			
Personne en cas d'urgence:		Téléphone en cas d'urgence:	
Nom du médecin:		Téléphone du médecin:	
Maladies diagnostiquées:			
Recommandations du médecin:			
Comment nous avez-vous trouvé?	Veillez en choisir un dans le menu déroulant		
Détails (nom de l'ami, du médecin ...):			
Diagnostic d'un trouble de santé mentale?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Aide nutritionnelle précédente?			
Régimes précédents (s'il y en a)			
Date des derniers tests sanguins: (obligatoire)		Résultats anormaux? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Tension artérielle : (obligatoire):		Date de tension artérielle: (obligatoire):	
Veillez envoyer une copie pdf des résultats des tests sanguins les plus récents a info@lchf-rd.com . Pas des photos, s'il vous plait.			
Couverture des prestations étendus? (obligatoire):	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Nom de la compagnie d'assurance (obligatoire):	<input type="text"/>
		Limite maximale annuelle pour une diététiste (obligatoire):	<input type="text"/> \$ / année



The Low Carb Healthy Fat Dietitian

Formulaire d'admission et de services

Décrivez en quelques mots vos objectifs de santé:

Maladies familiales (mentales, physiques) - parents, grands-parents, frères, soeurs:

Avez-vous reçu un diagnostic de maladie? (le diabète de type 2, l'hypertension, le cholestérol élevé...)

Avez-vous des allergies (nourriture, environnementale):

Les aliments qui vous rendent malade:

Tous les médicaments que vous prenez (incluant la posologie)



The Low Carb Healthy Fat Dietitian

Formulaire d'admission et de services

Argent canadienne (CDN).

La taxe GST (5%) sera ajoutée

Veillez cocher votre choix:

SERVICE A TARIF HORAIRE:

Service à tarif horaire: pour rencontrer la dietetiste, ou pour prendre la meme services que la Trousse d'Evaluation Complète, mais payée par l'heure.

\$150 / hr

TROUSSE D'EVALUATION COMPLETE:

Trousse d'Evaluation Complète: évaluation du votre alimentation et du mode de vie, plan de repas personnalisé, éducation nutritionnelle - 3 heures de services.

\$350 / pkg

La trousse d'évaluation complète inclu l'élaboration d'un plan nutritionnel détaillé en français, ainsi qu'un guide complémentaire de 15 pages (disponible seulement en anglais pour le moment)

TROUSSE DE SUIVI:

Trousse de suivi: pour ceux qui souhaitent recevoir du soutien suite au forfait " Trousse d'Evaluation Complète"- inclus 3 heures de services (3 rendez-vous d'une heure ou 6 rendez- vous d'une demi-heure).

\$350 / pkg

Veillez prendre note que bien que je suis en mesure d'offrir les service de consultation virtuelles en français (ayant vécu plusieurs années au Quebec), les communications écrites devront être faite en anglais.



The Low Carb Healthy Fat Dietitian

Formulaire d'admission et de services

CONSULTATION À DISTANCE et INSCRIPTION DIÉTÉTISTE ENREGISTRÉ

Le bureau clinique et le lieu d'affaires se trouvent à Coquitlam, en Colombie-Britannique, au Canada et Joy Y. Kiddie est inscrite à l'Ordre des diététistes de la Colombie-Britannique, ainsi qu'à l'Ordre des diététistes de l'Ontario et de l'Alberta. Les services de télésanté seront réputés avoir eu lieu à Coquitlam, en Colombie-Britannique..

EXPIRATION DU PAQUET

Les colis doivent être complétés dans un délai de trois (3) mois à compter de la date indiquée au bas de ce formulaire, après quoi ils seront réputés expirés.

MODES DE PAIEMENT, REÇUS et ANNULATION DES SERVICES

Le paiement en argent canadiens (CDN) doit être effectué au moment de la réservation des services, soit par virement électronique, soit par carte de crédit sur la page encryptée SSL (www.lchf-rd.com).

Les paiements pour les forfaits qui ont déjà commencé ne sont pas remboursables, mais si le bureau reçoit un avis écrit demandant l'annulation des services 7 jours ou plus avant le premier rendez-vous confirmé, un remboursement sera effectué par virement électronique dans les 7 jours ouvrables, moins tout les frais de carte de crédit liés au paiement des services, moins des frais administratifs de 25 \$.

ANNULATION DE RENDEZ-VOUS, MODIFICATION ET NON-PRÉSENTATION

L'annulation ou le report d'un rendez-vous avec un préavis écrit de moins de 24 heures entraînera des frais de 150,00 \$. Le non-respect d'un rendez-vous «non-présentation» sera considéré comme une visite terminée..

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les discussions avec la diététiste et tous les dossiers relatifs aux services nutritionnels sont confidentiels et ne seront partagés avec aucun une autre personne, un fournisseur de soins de santé ou une organisation sans connaissance préalable et consentement écrit du client.

Pour des raisons de confidentialité, les résultats des tests de laboratoire doivent contenir des informations confidentielles expurgées avant de nous envoyer un e-mail.

RÔLE DU MÉDECIN DU CLIENT

Le médecin du client est responsable de la surveillance de ses soins de santé et il est de la responsabilité du client d'informer son médecin qu'il envisage de consulter un diététiste professionnel. Si son médecin a des recommandations diététiques spécifiques, le client demandera à son médecin d'écrire une référence à The LCHF-RD (une division de BetterByDesign Nutrition Ltd. / BBDNutrition) avec ses instructions.

Si le client n'a pas de médecin généraliste / médecin de famille, il consultera un médecin de la clinique sans rendez-vous au sujet de son intention de voir un diététiste professionnel et lui demandera s'il a des recommandations précises.



The Low Carb Healthy Fat Dietitian

Formulaire d'admission et de services

DECLARATION DE COMPREHENSION:

Je recherche des services de nutrition en mon propre nom pour obtenir des informations sur la nutrition et le mode de vie. Je comprends et j'accepte que les services fournis par Joy Y. Kiddie, MSc RD de la LCHF-RD (une division de BetterByDesign Nutrition Ltd./ BBDNutrition) ne impliquent le diagnostic ou le traitement d'une maladie.

Je fournis les résultats des tests de laboratoire à titre d'information uniquement.

Je comprends et j'accepte que Joy Y. Kiddie MSc, RD de la LCHF-RD (une division de BetterByDesign Nutrition Ltd. / BBDNutrition) est autorisée comme diététiste en Colombie-Britannique, en Ontario et en Alberta et peut fournir des services dans toutes les provinces canadiennes à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard.

Je comprends et j'accepte que les services soient fournis par un logiciel de télésanté des bureaux de BetterByDesign Nutrition Ltd. / BBDNutrition à Coquitlam, Colombie-Britannique.

Je comprends et accepte que je suis entièrement responsable de ma propre santé et que les recommandations qui m'ont été fournies ne remplacent, ne remplacent ni ne se substituent aux recommandations de mon (mes) médecin (s).

Je comprends et j'accepte qu'il est de ma responsabilité de consulter mon médecin en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations qui m'ont été fournies avant de modifier mon apport alimentaire, mon régime alimentaire et / ou mon activité physique.

Je comprends et accepte qu'il est de ma responsabilité d'avoir clarifié tout ce que je ne comprends pas sur ce formulaire avec Joy Y. Kiddie, MSc, RD avant de signer le formulaire.

Je comprends et accepte que Joy Y. Kiddie MSc, RD de la LCHF-RD (une division BetterByDesign Nutrition Ltd. / BBDNutrition) a le droit de refuser le traitement ou de mettre fin à la prestation de services.

CONSENTEMENT AUX SERVICES NUTRITIONNELS

Je comprends et j'accepte que toute recommandation nutritionnelle ou d'activité physique comporte à la fois des avantages et des risques et je consulterai ou consulterai mon médecin avant de mettre en œuvre toute recommandation nutritionnelle, d'exercice ou de mode de vie qui m'est fournie par la diététiste.

Je comprends et j'accepte que ce consentement expire six (6) mois à compter de la date indiquée directement ci-dessous.

Je donne par la présente mon consentement pour les services indiqués ci-dessus.

Nom complet (prenom, initiale, nom de famille):

(obligatoire): En cochant cette case, je déclare avoir lu ce formulaire, comprendre et accepter son contenu.

(obligatoire) En cochant cette case, j'accepte toutes les conditions ci-dessus et je comprends que mon nom saisi ci-dessous est aussi juridiquement contraignant que ma signature physique.

La signature du client (obligatoire):

Date: (obligatoire)