
Nom du proposant

Fournir le nom et l'emplacement de l'université où vous avez obtenu votre diplôme de GAP:

Êtes-vous un membre de l'Ordre provincial des podologues ou organe équivalent?

Oui Non

Nombre d'années d'expérience excluant formation médical

Ans

Fournir les revenus bruts estimatifs provenant des facturations de chirurgie du pied pour le prochain exercice financier:

Montant

Les nouveaux patients doivent-ils soumettre les antécédents médicaux et les informations médicales afin que vous avez connaissance de tous les facteurs de risque potentiels?

Oui Non

Les patients ont-ils fourni avec des informations détaillées qui décrit les procédures et les risques et les effets secondaires possibles?

Oui Non

Est-ce que chaque nouveau client doit remplir et signer un formulaire de consentement ?

Oui Non

Est-ce que le formulaire de consentement inclure une déclaration que le patient comprend et accepte les risques?

Oui Non

Combien de temps conservez-vous les renseignements/documentations de vos clients dans vos dossiers?

Ans

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE:

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---