
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 chiropraticiens ou organe équivalent ?

Oui Non

Satisfaites-vous les normes d'éducation et de formation établis par la Fédération chiropratique canadienne des organismes de réglementation professionnelle et d'agrément des programmes d'enseignement?

Oui Non

Nombre d'années d'expérience excluant formation médical

Ans

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
---	---	---	---	---	---