



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT SUR LES GESTES BARRIERES LORS D'UNE CONSULTATION NATUROPATHIQUE

Je soussigné(e),

M/Mme (Prénom NOM) : _____

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales compréhensibles sur les raisons, les objectifs, les avantages, les inconvénients éventuels et les tarifs, concernant la technique ou la méthode qui me propose :

M/MME (Prénom NOM) : _____, Naturopathe



Naturopathe assuré(e) en Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) et Protection Juridique Professionnelle (PJ) par l'Agence AXA CIBRARIO RUBOD (Mrs CIBRARIO LELIO et Mr RUBOD) Orias n°07 012 878 et n°18 007 121 sous les polices Axa n°6368877604 et n° 10504958704

Je reconnais que mon Naturopathe, ci-dessous référencé(e) a mis en place les différents gestes barrières listés ci-dessous (Cases à cocher) :

- Port d'un masque par le Naturopathe
- Port d'un masque par le Patient
- Gel Hydroalcoolique mis à disposition et utilisé par le Naturopathe et le Patient
- Savon mis à disposition et utilisé par le Naturopathe et le Patient
- Table d'examen et toute zone de contact désinfectées par le Naturopathe pour chaque Patient
- Distanciation respectée entre les patients (Respect de plus d'un mètre de distance)

J'ai été prévenu(e) que le praticien a une obligation de moyens et non de résultat.

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

COVID-19 Il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



Se laver les
mains très
régulièrement



Tousser ou
éternuer dans
son coude
ou dans un
mouchoir



Utiliser des
mouchoirs à
usage unique



Saluer sans
se serrer
la main,
éviter les
embrassades