



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : **Joedicke** PRENOM : **Paul**

NUMERO DE TELEPHONE : **+61488353377**

ADRESSE EMAIL : **pauljoedicke@yahoo.com.au**

1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
2°) Avez-vous déjà était victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI <input type="button" value="NON"/>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none">Fracture : quand _____ localisation _____Entorse : quand _____ localisation _____Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI <input type="button" value="NON"/>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input type="button" value="NON"/>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI <input type="button" value="NON"/>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI <input type="button" value="NON"/>

Je soussigné(e) (nom/prénom) **Joedicke/Paul** certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à Bowden le 02 / 09 / 2025 signature : 