



ASSOCIATION DES
NATUROTHÉRAPEUTES
DU QUÉBEC

27, rue Béliveau, Laval (Québec) H7B 1A7
Tél.: 450 720-0560
Télécopieur: 450 315-0720
Site internet: anpq.qc.ca
Courriel: anm.anpq@videotron.ca

RÉSERVÉ EXCLUSIVEMENT AU MEMBRES EN RÈGLE

RESPONSABILITÉ DU CONSULTANT OU DE LA CONSULTANTE

CONSULTANT-E : Ma décision n'engage que ma responsabilité personnelle.

CONSULTANT-E : Je reconnais que le-la Naturothérapeute est en droit de reprendre les mêmes termes qui ont été utilisés au niveau médical ou profane pour une claire et franche entrevue dans le but de bien orienter le traitement.

D'autre part, je suis informé-e du fait qu'il est illégal d'exiger de mon-ma Naturothérapeute, une prescription ou un acte, réservé soit aux médecins, soit aux pharmaciens et que seul mon médecin traitant est en droit de diminuer ou d'augmenter ma médication.

CONSULTANT-E : Je me présente ici sous ma véritable identité dans le seul but d'obtenir des soins naturels.

CONSULTANT-E : Je m'engage à ne pas feindre la maladie dans le but de prendre en défaut le-la Naturothérapeute ou de l'inciter à déborder de son champ de compétence afin de le-la mettre en accusation.

CONSULTANT-E : Je m'engage à bien écouter les explications relatives au genre de thérapie qui me sera proposée et j'accepte de plein gré de mettre en application les conseils reçus.

CONSULTANT-E : Je reconnais également avoir toute la liberté nécessaire pour rechercher d'autres avis pertinents, si je le désire.

CONSULTANT-E : Je crois que mon-ma thérapeute s'intéresse à mon bien-être et fera tout en son pouvoir pour améliorer ma condition.

CONSENTEMENT

CONSULTANT-E : Sur la base des précédentes déclarations, j'autorise le-la thérapeute à entreprendre la ou les consultation-s.

Fait à _____ Date _____

Nom _____ Signature _____

EN LETTRES MOULÉES

CONSULTANT OU CONSULTANTE

Signature (si moins de 14 ans) _____

PARENT / TUTEUR LÉGAL

Signature _____

NATUROTHÉRAPEUTE