

Questionnaire Covid 19

Nom, Prénom, mail et tél patient					
date de naissance					
différentes pathologies chroniques					
traitement préventif éventuel					
date prise en charge maladie					
symptomes					
traitements homéopathiques					
résultats					
traitements non homéo (acupuncture, HE, allopathie,,,))					
résultats					
hospitalisation éventuelle					
date guérison et séquelles éventuelles					
nom, mail et tél du référent					
origine de la contagion si connue					
transmission à des proches ?					
n'hésitez pas à rajouter des détails que vous jugerez oportum					
merci de joindre les ordonances, les résultats d'analyses et une photocopie de votre carte d'identité					