



Veillez remplir ce formulaire et nous le transmettre par courriel à l'adresse [accueil-clinique@homewoodsante.com](mailto:accueil-clinique@homewoodsante.com) ou par télécopieur au numéro **1-855-895-0666**.

<input type="text" value="Nom du client*"/>	<input type="text" value="Date de naissance (JJ/MM/AAAA)"/>
<input type="text" value="Médecin de famille"/>	
<input radio"="" type="text" value="Consentement éclairé obtenu et joint aux présentes : &lt;input type="/> Oui <input type="radio"/> Non"/>	<input type="text" value="N° de téléphone XXX-XXX-XXXX"/>
<input type="text" value="N° de télécopieur XXX-XXX-XXXX"/>	<input type="text" value="Adresse électronique"/>
<input type="text" value="Employeur/assureur (le cas échéant)"/>	
<input type="text" value="Titre du poste occupé"/>	<input radio"="" type="text" value="Financement autorisé par l'employeur ou l'assureur &lt;input type="/> Oui <input type="radio"/> Non"/>
<input radio"="" type="text" value="Consentement éclairé obtenu et joint aux présentes : &lt;input type="/> Oui <input type="radio"/> Non"/>	<input type="text" value="N° de téléphone XXX-XXX-XXXX"/>
<input type="text" value="N° de télécopieur XXX-XXX-XXXX"/>	<input type="text" value="Adresse électronique"/>
<input type="text" value="Coordonnées du payeur (si connues)"/>	
<input type="text" value="Titre du poste occupé"/>	<input radio"="" type="text" value="Consentement éclairé obtenu et joint aux présentes : &lt;input type="/> Oui <input type="radio"/> Non"/>
<input type="text" value="N° de téléphone XXX-XXX-XXXX"/>	<input type="text" value="N° de télécopieur XXX-XXX-XXXX"/>
<input type="text" value="Adresse électronique"/>	<input type="text" value="Montant"/>
<input type="text" value="Personne-ressource supplémentaire :"/>	
<input type="text" value="Titre du poste occupé"/>	<input radio"="" type="text" value="Consentement éclairé obtenu et joint aux présentes : &lt;input type="/> Oui <input type="radio"/> Non"/>
<input type="text" value="N° de téléphone XXX-XXX-XXXX"/>	<input type="text" value="N° de télécopieur XXX-XXX-XXXX"/>
<input type="text" value="Adresse électronique"/>	

For more information about The Homewood Clinic, please contact us:

(TF) 1.888.409.0954 | [clinics@homewoodhealth.com](mailto:clinics@homewoodhealth.com) | (FAX) 1.855.895.0666

[homewoodhealth.com/clinics](http://homewoodhealth.com/clinics)

Formulaire relatif aux personnes-ressources de La Clinique et aux renseignements complémentaires sur le dossier (16.11.24)

\* Dans le présent document, le masculin est employé comme genre neutre.





## Emploi du client

Le client travaille-t-il  
actuellement?:

Oui  Non

S'il est en congé de maladie, date du  
dernier jour au travail : (JJ/MM/AAAA)

Quel est l'objectif visé lors de la réintégration au travail du client?  
(retour au même poste, retour à un poste différent, recyclage, objectif inconnu, aucun poste)

Résultats des consultations antérieures, évaluations médicales indépendantes et résumé du traitement  
(joindre les rapports si possible)

Autres renseignements pertinents

**Veillez s'il-vous-plaît sauvegarder le formulaire et le transmettre  
à l'adresse suivante : [accueil-clinique@homewoodsante.com](mailto:accueil-clinique@homewoodsante.com)**

**Pour obtenir plus d'information sur la Clinique Homewood, veuillez communiquer avec nous.**

(SF) 1-888-409-0954 | [cliniques@homewoodsante.com](mailto:cliniques@homewoodsante.com) | (F) 1-855-895-0666

[homewoodhealth.com/cliniques](http://homewoodhealth.com/cliniques)

Formulaire relatif aux personnes-ressources de La Clinique et aux renseignements complémentaires sur le dossier (22.02.17)

\* Dans le présent document, le masculin est employé comme genre neutre.



**Homewood Santé**