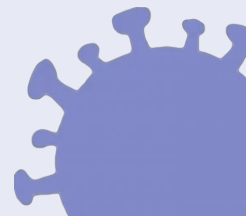


## CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT SUR LES GESTES BARRIÈRES LORS D'UNE CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE



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 que me propose :

M/Mme (Prénom NOM) : \_\_\_\_\_ Arielle BENCHIMOL \_\_\_\_\_ , ostéopathe

Assuré(e) auprès de : \_\_\_\_\_ La Médicale de France \_\_\_\_\_ , Assureur RCP

Contrat RCP (Responsabilité Civile Professionnelle) n° : \_\_\_\_\_ 01007807UH \_\_\_\_\_

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

- Port d'un masque par l'ostéopathe
- Port d'une blouse par l'ostéopathe
- Port d'un masque par les patients
- Gel hydroalcoolique mis à disposition et utilisé par l'ostéopathe et les patients
- Savon mis à disposition et utilisé par l'ostéopathe et les patients
- Table d'examen et toute zone de contact désinfectées par l'ostéopathe
- 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 \_\_\_\_\_ Paris \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

### CORONAVIRUS, GESTES À RESPECTER POUR SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES



**Se laver très  
régulièrement  
les mains**



**Tousser ou  
éternuer dans son  
coude ou dans un  
mouchoir**



**Utiliser un  
mouchoir à  
usage unique et  
le jeter**



**Saluer sans se  
serrer la main,  
éviter les  
embrassades**