



	Nom Prénom	Date de naissance
Adresse complète		
Téléphone	Adresse mail	
Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux		
Traitements en cours		
Comment nous avez-vous connus ? :		

- Conseils et recommandations : *Vêtements confortables (non compressifs), pas de chaussures. De préférence, **ne pas commencer de session complètement à jeun.***
- Liste des objets proscrits : *Objets susceptibles de produire une flamme ou une étincelle, objets tranchants, bombes aérosols.*
- Déroulement de la séance : *La durée d'une session varie entre 60 et 90 minutes. Pendant la session, il est possible de vous servir de vos appareils informatiques, tablettes, Smartphones et objets connectés. Vous restez à tout moment en contact possible avec l'extérieur.*
- Fournitures : *Charlotte, couvre-pieds, et lunettes à oxygène dédiées (personnelles).*
- Contre-indications : *Claustrophobie, maladies respiratoires, infections des voies respiratoires supérieures, sinusite, épilepsie, grossesse, affections de l'oreille interne, maladies virales transmissibles par voies aériennes, séjour prolongé en altitude.*





**Pour toute personne sous traitement médical spécifique (chimiothérapie...), prendre obligatoirement l'avis du médecin traitant.**

Je soussigné(e), Mme/Mlle/Mr (Nom-Prénom) .....

Autorise la société KINO B à pratiquer des sessions d'oxygénothérapie hyperbare et

reconnais : Avoir pris connaissance des conseils et contre-indications

précités

L'exactitude des renseignements fournis.

Je renonce donc à engager toute poursuite contre la Société KINO B en cas d'incident de quelque nature que ce soit, sans aucune exception ni réserve.

Fait à..... Le : .....

Signature du client ou de son représentant légal

**NOM** ..... **PRENOM** ..... **AGE** .....

**POIDS** ..... **TAILLE** .....

Faites-vous du sport ? OUI/NON

Lequel(s)

Ressentez-vous des courbatures après l'effort OUI NON

Avez-vous la peau sèche ? OUI NON

Hydratez-vous votre peau quotidiennement ? OUI NON

Avez-vous des problèmes d'allergie ? OUI NON





Lesquels ?  
Avez-vous de l'eczéma ? OUI NON

Origine ?

Etes-vous sujet aux céphalées ou migraines ? OUI NON

Fréquence

En cas de blessures cicatrisez-vous rapidement ? OUI NON

Suivez-vous un traitement médical ? OUI NON

Pour quelle(s) pathologie (s) ?

Perdez-vous vos cheveux ? OUI NON

Vous sentez-vous fatigué(e) ? OUI NON  
Etes-vous stressé(e) ? OUI NON

Avez-vous une bonne circulation sanguine ? OUI NON

Avez-vous une alimentation saine ? OUI NON

Avez-vous des acouphènes ? OUI NON Consommez-vous

de l'alcool quotidiennement ? OUI NON

Qualité de votre sommeil    Très bonne        Bonne        Mauvaise   

Etes-vous sujet aux insomnies ? OUI NON

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si oui Combien de cigarettes/jour    - - -

Depuis combien de temps- - -

Souhaitez-vous arrêter ? OUI NON





Etes-vous essoufflé(e) après avoir monté des escaliers ou lors d'une marche rapide ? OUI

NON

Avez-vous effectué un séjour prolongé en altitude ? OUI NON

