



Physiothérapie Simon Helfer SA

Fitness - Piscine - Cours

Rte de l'Hôpital 1, 1681 Billens

026 652 49 52 - helferphysio.ch

Formulaire de Déclaration Utilisation du Bassin Thérapeutique Chauffé

1. Informations personnelles

Nom prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

2. Déclaration d'état de santé

Je déclare avoir informé le personnel de physiothérapie de tout problème de santé connu pouvant présenter un risque dans le cadre de l'utilisation du bassin thérapeutique.

- Diabète
- Maladie cardiaque (insuffisance cardiaque, arythmie, etc.)
- Hypertension artérielle sévère
- Hypotension
- Troubles respiratoires (asthme, BPCO, etc.)
- Épilepsie
- Problèmes de peau contagieux (mycoses, plaies ouvertes, etc.)
- Infections urinaires ou génitales actives
- Allergies sévères (notamment au chlore ou produits d'entretien)
- Troubles de l'équilibre ou risque de chute
- Autres (merci de préciser) : _____

Si vous souffrez de l'une de ces affections, veuillez en discuter avec votre thérapeute avant toute séance en piscine.

3. Engagements du/de la patient(e)

- Je reconnais avoir été informé(e) de l'emplacement des vestiaires et des consignes d'accès.
- Je m'engage à arriver en avance afin d'avoir le temps de me changer et d'être prêt(e) au bord du bassin à l'heure du début de ma séance.
- Je déclare porter des vêtements de bain propres et appropriés.
- Je ne présente pas de problème d'incontinence.
- Je m'engage à prendre une douche savonneuse avant chaque entrée dans le bassin.
- Je m'engage à laisser mes chaussures de ville à l'extérieur des zones d'accès au bassin et à circuler pieds nus ou avec des chaussures propres adaptées (chaussons antidérapants, claquettes en plastique, etc.) respectant les normes d'hygiène.
- Je comprends que le non-respect de ces engagements peut entraîner l'interruption de la séance ou l'interdiction d'accès au bassin.

Par ma signature je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, je comprends et accepte les conditions d'utilisation du bassin thérapeutique.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Merci d'imprimer ce formulaire, de le remplir et le signer, puis de l'amener au secrétariat du cabinet de physiothérapie lors de votre premier rendez-vous.