

CONSENTEMENT ECLAIRE

Merci de bien vouloir signer, après lecture, ce consentement éclairé :

Je soussigné(e), nom, prénom,.....
demeurant.....

Atteste avoir contacté Mme LAMERE Isabelle de mon plein gré, en toute connaissance de cause, et ayant été parfaitement informé(e) sur le fait que :

Mme LAMERE Isabelle n'est pas médecin et qu'elle n'est pas habilitée à poser un diagnostic ni à traiter une maladie, compétences relevant de mon seul médecin traitant, référent ou spécialiste.

Je ne dois donc pas arrêter mes traitements médicaux en cours et au contraire, continuer à me faire suivre par tout médecin ou paramédical dont j'aurais besoin.

Seul le médecin peut juger de l'évolution de ma ou mes maladies, prescrire des examens médicaux et décider de modifier le traitement médicamenteux en cours.

Je sais que le rôle de Mme LAMERE Isabelle consiste en des **conseils** d'hygiène de vie afin d'équilibrer mon Energie Vitale, afin d'optimiser mon capital santé.

Dans ce but, Mme LAMERE Isabelle, conseillère en naturopathie, utilise les règles de l'hygiène alimentaire et hygiène de vie mais qu'elles sont complémentaires à celles que je poursuis avec mon médecin traitant et ne les remplacent donc pas.

Il est aussi important que je signale à Mme LAMERE Isabelle si je suis déjà d'autres « pratiques alternatives » de santé (phytothérapie...) afin de voir la compatibilité avec la présente démarche fondée sur l'équilibre de mon microbiote intestinal.

Je sais également que ni la consultation, ni les compléments alimentaires éventuellement conseillés ne peuvent en aucun cas donner lieu à un remboursement par l'assurance maladie.

Fait à,.....

Lu et approuvé, le

Signature