

Questionnaire médical

(à remplir recto-verso, merci)

| | | | |
|--|----------------------|---------------------|----------------------|
| Nom : | <input type="text"/> | Prénom : | <input type="text"/> |
| Nom usuel : | <input type="text"/> | | |
| Rue : | <input type="text"/> | | |
| Code postal : | <input type="text"/> | Ville : | <input type="text"/> |
| Tel privé : | <input type="text"/> | Tel professionnel : | <input type="text"/> |
| | | Tel portable : | <input type="text"/> |
| E-mail : | <input type="text"/> | | |
| Souhaitez-vous recevoir notre correspondance (radiographies, courrier, factures, ...) : | | | |
| <input type="checkbox"/> par e-mail <input type="checkbox"/> par e-mail sécurisé <input type="checkbox"/> par courrier | | | |
| Profession : | <input type="text"/> | | |
| Date de naissance : | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Êtes-vous bénéficiaire | - de la caisse de compensation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| | - des services sociaux | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| | - de l'office des migrations | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Personne de contact (nom et téléphone) | <input type="text"/> | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Nom, adresse et numéro de téléphone de votre ou de vos médecin(s) traitant(s) : | | |
| <input type="text"/> | | |
| Nous autorisez-vous à transmettre vos données médicales à d'autres instances si nécessaire (médecin, médecin-dentiste, assurances, aides sociales, société de recouvrement ...) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Date de votre dernière visite : | | |
| - chez le médecin-dentiste : <input type="text"/> | - chez l'hygiéniste : <input type="text"/> | |
| soins terminés après cette visite : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Motif de votre consultation du jour : | | |
| <input type="text"/> | | |

Dans le but d'assurer la pérennité des soins entrepris dans votre bouche, nous vous recommandons d'effectuer un détartrage et un contrôle de vos dents chaque année

(Merci de remplir également le verso)

Souffrez-vous d'une ou plusieurs des maladies suivantes, si oui quels médicaments prenez-vous pour la ou les traiter ?

Maladie cardiaque :
(prothèse valvulaire, souffle au cœur,
nécessité de prendre des antibiotiques...)

oui non

Troubles sanguins

oui non

Hypertension :

oui non

Diabète :

oui non

Maladie de la thyroïde :

oui non

Maladie de l'estomac (acidité, ulcère) :

oui non

Maladie du rein :

oui non

Maladie du foie :

oui non

Maladie infectieuse (Sida, Hépatite, Herpès...)

oui non

Cancer :

oui non

Prothèse articulaire (genou, hanche, ...)

oui non

Date ?

Rhumatisme articulaire aigu :

oui non

Ostéoporose :

oui non

Autre maladie :

oui non

Madame, êtes-vous enceinte ?

oui non

Date du terme :

Prenez-vous d'autres médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels et
pourquoi ?

Avez-vous des allergies aux :

Latex :

oui non

Anesthésiques

oui non

Médicaments : Si oui, lesquels ?

oui non

Autres allergies ?

oui non

Tout au long de votre suivi dentaire, il est important de nous signaler tout changement au niveau de votre traitement médical ou de votre état de santé.

Fumez-vous ou avez-vous fumé ?

oui non

Combien de cigarettes par jour et pendant combien d'années ?

Date, nom et signature :

Les rendez-vous décommandés au moins 24 heures à l'avance ne seront pas facturés