

MÉDICAL
VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE EN LETTRES CAPITALES

N°patient:.....

Nom Prénom.....
Date de naissance..... Nationalité.....
Rue Code postal / ville.....
Tél. privé Tél. professionnel.....
Portable..... Courriel.....
Profession / Titre..... Employeur : (nom et adresse).....
Votre visite est-elle prise en charge par la AVS / AI ?

Nom de votre **médecin de famille / dentiste**

Rappel Rendez-vous avec sms oui non

Recommandé par

De nombreuses maladies peuvent avoir une influence sur le bon déroulement des soins dentaires. Ce questionnaire nous permet de connaître toutes les informations importantes sur votre état de santé et d'adapter nos soins individuellement en fonction de vos antécédents médicaux. Les données contenues dans ce questionnaire seront traitées à titre confidentiel et protégées par le secret médical.

Motif de la consultation :

Avez-vous dernièrement bénéficié de soins médicaux ?..... oui non

Si oui, pour quelle raison ?.....

Avez-vous ou avez-vous déjà eu une hépatite (ictère) ?..... oui non

Êtes-vous séropositif(ve) ou sidéen(ne) ?..... oui non

Affections cardiaques :

Endocardite (inflammation de l'endocarde)..... oui non

Vice valvulaire / Valvule cardiaque artificielle..... oui non

Angine de poitrine..... oui non

Infarctus..... oui non

Hypertension / hypotension..... oui non

Affections sanguines :

Anémie..... oui non

Hémophilie (hémorragie)..... oui non

Êtes-vous sous anticoagulant (hémodilution)?..... oui non

Êtes-vous diabétique ?..... oui non

Avez-vous des allergies ?..... oui non

Si oui, lesquelles ?.....

Êtes-vous hypersensible aux piqûres ?..... oui non

Fumez-vous ? À quelle fréquence ?..... oui non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?..... oui non

Si oui, lesquels ?.....

Consommez-vous des drogues ?..... oui non

Si oui, lesquels?.....

Êtes-vous épileptique ?..... oui non

Êtes-vous actuellement enceinte ? Depuis combien de semaines ?.....

oui non

Je soussigné(e) certifie la véracité des données ci-dessus et vous autorise à transmettre les données ou résultats de mon dossier médical, y compris les radiographies ou les photos (que ce soit sous forme de photocopies ou impressions) sur simple demande d'autres organismes médicaux, assurances, sociétés de recouvrement ou d'exploitation, que ce soit pour des raisons médicales, juridiques ou financières.

Kerzers, le.....

Signature :