

**Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre cabinet dentaire.**

Votre état de santé peut affecter le traitement dentaire. Nous vous demandons donc de bien vouloir remplir ce questionnaire. Vos données seront traitées de manière strictement confidentielle et seront soumises au secret professionnel. Si vous avez des questions, nous sommes à votre disposition.

Patiente / Patient f m Email: _____

Nom: _____ Tel. privé: _____

Prénom: _____ Tel. mobile: _____

Adresse: _____ Tel. bureau: _____

NPA, lieu: _____ Profession: _____

Date de naissance: _____ Employeur: _____

Assurance

Assurance maladie: _____ NPA, lieu: _____

No. assuré: _____ No. AVS.: 756.

Avez-vous droit à: prestations complémentaires (AI/AVS) assistance sociale

Représentant légal

Parent Autre:

Nom, Prénom: _____ Tel. privé: _____

Adresse: _____ Tel. mobile: _____

NPA, lieu: _____ Tel. bureau: _____

Médecin traitant

Nom, Prénom: _____ NPA, lieu: _____

Dentiste précédent

Nom, Prénom: _____ NPA, lieu: _____

Raison de la visite: _____

Recommandé par: _____

Questionnaire de santé

1. Avez-vous récemment été malade, sous traitement médical ou à l'hôpital? OUI NON
Si oui, à cause de quelles maladies? _____
-
2. Prenez-vous des médicaments ou des drogues régulièrement? OUI NON
Si oui, quoi? _____
-
3. Fumez-vous ou avez-vous fumé? OUI NON
Si oui, quoi et combien? _____
-
4. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des maladies suivantes? OUI NON
- Allergie/hypersensibilité (mettre en évidence les correspondants et/ou spécifier):
Pollen – Latex – Métaux – Iode – Aliments – Anesthésie – Médicament
Autre: _____
 - Maladies cardio-vasculaires (mettre en évidence les correspondants et/ou spécifier):
Pression haute – Pression basse – Angine de poitrine – Attaque cardiaque – Coup cérébral –
Maladie valvulaire/valve artificielle – Arythmie – Endocardites
Autre: _____
 - Maladies du sang (mettre en évidence les correspondants et/ou spécifier):
Hémophilie – Anémie) – Autre: _____
 - Maladies métaboliques (mettre en évidence les correspondants et/ou spécifier):
Diabète – Hypothyroïdisme – Hyperthyroïdisme – Autre: _____
 - Maladies infectieuses (mettre en évidence les correspondants et/ou spécifier)
HIV – Hépatite – Tuberculose – Autre: _____
 - Maladies du foie ou des reins (spécifier): _____
 - Maladies de l'estomac ou des intestins (spécifier): _____
 - Maladies respiratoires ou pulmonaires (spécifier): _____
 - Maladies rhumatismales ou osseuses (spécifier): _____
 - Sinusite, douleurs faciales ou maux de tête chroniques (spécifier): _____
 - Épilepsie ou autres troubles cérébraux (spécifier): _____
 - Dépression ou autres troubles de la psyché (spécifier): _____
 - Autre (spécifier): _____
-
5. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? OUI NON
Si oui, laquelle? _____
-
6. Avez-vous eu des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie? OUI NON
Si oui, lesquelles? _____
-
7. Portez-vous des prothèses articulaires, des stimulateurs cardiaques ou d'autres implants? OUI NON
Si oui, lesquels? _____
-
8. Êtes-vous enceinte? OUI NON
Si oui, dans quelle semaine? _____

Déclaration du patient

Je reconnais que, en cas de besoin de clarification, mes données cliniques peuvent être échangées avec mes médecins traitants ou avec d'autres entités sous-jacentes au secret professionnel médical (telles que assurances, etc.). Je consens à transmettre aux institutions respectives les données nécessaires à la facturation, à la comptabilité et au recouvrement de créances. Je conviens que, si nécessaire, un anesthésique local sera administré, en tenant compte des éventuels effets secondaires (enflure, douleur ou saignements, rarement infections ou irritations de la langue/mâchoire). Je remarque qu'un traitement dentaire sous anesthésie locale peut augmenter le risque d'accident si je dois conduire plusieurs heures.

Lieu, date: _____

Signature: _____