

Questionnaire Médical

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.
Je m'engage à informer le praticien en cas de modification de mon état de santé à chaque visite.

Mme Melle M. **Nom :** **Prénom :**
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : Profession :
Age : Email :
Recommandé par : un parent un ami un docteur annuaire téléphonique internet mutuelle

Raison de la visite

Rendez-vous, contrôle	<input type="checkbox"/>	Information	<input type="checkbox"/>	Plombage brisé	<input type="checkbox"/>
Carie	<input type="checkbox"/>	Extraction	<input type="checkbox"/>	Dents, gencives sensibles	<input type="checkbox"/>
Dent fracturée	<input type="checkbox"/>	Détartrage	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>		

Date du dernier examen dentaire (ou soin dentaire) :

Avez-vous des problèmes de santé

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles vasculaires – sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Brûlure d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA ou autres MST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Troubles glandulaires- hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite A .B.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, lesquels ?					

Autres maladies ?

Date du dernier examen médical :

Prenez vous un traitement contre l'ostéoporose ? Oui Non Si oui lequel ?

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Si oui lesquels ?

Nom du médecin traitant : Ville :

Renseignements complémentaires

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Fait le

Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés