

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 Mlle M. Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Profession :

Age..... E-mail :

Recommandé par : un parent un ami un docteur internet mutuelle

Raison de la visite

Rendez vous, contrôle Information Plombage brisé

Carie Extraction Dents, gencives sensibles

Dent fracturée Détartrage Douleur

Prothèse dentaire Autre

Date du dernier examen dentaire (ou soin dentaire) :

Nom du Dentiste traitant : Ville :

État de santé

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

Si oui lesquelles.....

Autres maladies :

Date de la dernière visite chez votre médecin traitant :

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

Si oui combien ?

Fait le :

Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers patients et à assurer la facturation des actes et la transmission 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.