

BIENVENUE /

Chère patiente, cher patient,

nous aimerions tout d'abord vous souhaiter la bienvenue dans notre cabinet médical. Avant de pouvoir nous consacrer à vos problèmes d'ordre dentaire, nous nécessitons, non seulement de vos coordonnées personnelles, mais également de renseignements précis concernant votre état de santé général. Ce n'est qu'en disposant de ces informations qu'un traitement sans risque et adéquat pourra être garanti. Il coule de source que toute ces informations sont soumises au secret médical.

NOM DE FAMILLE /

PRÉNOM /

DATE DE NAISSANCE /

RUE / NUMÉRO /

LOCALITÉ / CODE POSTAL /

TÉLÉPHONE: PRIVÉ /

TÉLÉPHONE: GSM /

TEL: TRAVAIL /

NATIONALITÉ /

E-MAIL /

MATRICULE /

CAISSE DE MALADIE /

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

ASSURÉ(E) PRINCIPAL (POUR VOS ENFANTS) /

Voulez-vous être rap-
pelé de votre prochain
rendez-vous pour
l'examen de dépistage?

OUI

NON

Comment avez-vous
entendu parler de nous?

RECOMMANDATION...

INTERNET.....

ANNUAIRE
TÉLÉPHONIQUE

Comme nous travaillons seulement sur rendez-vous, ces derniers sont dans la mesure du possible, fixés en fonction de vos souhaits personnels, notamment afin de vous épargner des temps d'attente trop longs. Pour les traitements extensifs, nous réservons généralement un espace horaire de quelques heures, donc il n'y aura pas de contraintes de temps. Aussi, nous vous serions obligés de bien vouloir annuler au moins un à deux jours à l'avance, tout rendez-vous que vous ne sauriez respecter.

Merci d'avance!

DATE /

SIGNATURE /

ANAMNÈSE /

Chère patiente, cher patient,

nous vous remercions de votre confiance en notre cabinet médical. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce formulaire avec soin, car celui-ci nous permettra de vous offrir un traitement et un service encore plus individualisés. Veuillez s.v.p. nous informer immédiatement de changements éventuels concernant les informations ci-dessous. Nous vous remercions de votre assistance.

Médecin de famille / Médecin spécialiste /
Adresse /
Téléphone /

TRAITEMENTS /

Suivez-vous actuellement un traitement médical? .. oui / non
Si oui, pour quelle maladie?

MALADIES CARDIOVASCULAIRES /

Insuffisance cardiaque? oui / non
Rythme cardiaque irrégulier (arythmie)? oui / non
Angine de poitrine ou remplacement de la valve
cardiaque? oui / non
Stimulateur cardiaque (pacemaker)? oui / non
État post endocardite? oui / non
Autre?

MALADIES MÉTABOLIQUES /

Diabète (diabetes mellitus)? oui / non
Maladies gastro-intestinales? oui / non
Maladie de la thyroïde (hyper ou hypo tension)? .. oui / non
Autre?

MALADIE DU SANG /

Hémophilie? oui / non
Anémie? oui / non
Autre?

MALADIES INFECTIEUSES /

SIDA (Syndrome d'Imuno-Déficiences Acquis)? ... oui / non
Hépatite (A,B,C)? oui / non
Tuberculose? oui / non
Maladies respiratoires chroniques, toux, etc.? oui / non
Autre?

RADIOGRAPHIES /

Avez-vous subi des radiographies pendant
la dernière année au niveau de la tête, de la
mâchoire ou du cou? oui / non
Si oui, où?

MÉDICAMENTS /

Quels médicaments prenez-vous régulièrement?
.....

MALADIES CARDIOVASCULAIRES /

Pression artérielle élevée (hypertension)? oui / non
Pression artérielle insuffisante (hypotension)? oui / non
Etat post-crise cardiaque? oui / non
Prenez-vous des médicaments pour prévenir la
coagulation du sang? oui / non
Autre?

ALLERGIES /

Contre quelles substances ou quels médicaments
souffrez-vous de réactions allergiques?
.....
Avez-vous un passeport d'allergie? oui / non
Souffrez-vous d'asthme? oui / non

MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX /

Épilepsie? oui / non
Tendance aux crampes? oui / non
Autre?

TROUBLES VÉGÉTATIFS /

Evanouissements, syncopes? oui / non
Prenez-vous des stimulants ou des sédatifs? oui / non
Autre?

GROSSESSE /

oui / non

Si oui, vous êtes enceinte de mois.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES /

Toxicomanie? oui / non
Alcoolodépendance? oui / non
Est-ce que vous fumez? oui / non

DATE /

SIGNATURE /