

# Questionnaire médical

(Merci de remplir les deux pages)

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Nom usuel :	<input type="text"/>		
Rue :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Représentant légal	<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère	<input type="checkbox"/> autre
Nom et adresse du représentant légal :	<input type="text"/>		
Les parents sont-ils séparés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si les parents sont séparés, nous avons besoin d'une autorisation de traiter l'enfant des deux parents, autorisation qui peut nous être envoyée par email ou par courrier.			
Tél du père :	<input type="text"/>	Tél de la mère :	<input type="text"/>
		Tél de l'enfant :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>		
Souhaitez-vous recevoir notre correspondance (radiographies, courrier, factures, ...) :			
<input type="checkbox"/> par e-mail sécurisé (via HIN, double identification par SMS) <input type="checkbox"/> par courrier			
Votre enfant est-il bénéficiaire :	- de la caisse de compensation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Son numéro AVS	<input type="text"/>	
	- des services sociaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	- de l'office des migrations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu une maladie chronique ou génétique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, laquelle ?	<input type="text"/>		
Qui est son médecin traitant (nom et localité) ?			
<input type="text"/>			
Nous autorisez-vous à recueillir ou transmettre vos données médicales à d'autres instances <b>si nécessaire</b> (médecin, médecin-dentiste, technicien de laboratoire, office de recouvrement, assurances, service étatique d'aide social, service de contrôle scolaire, tuteur ou curateur) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Prend-il des médicaments ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, lesquels ?	<input type="text"/>		
A-t-il des allergies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, lesquels ?	<input type="text"/>		

(Merci de remplir également la deuxième page)

Votre enfant a-t-il déjà consulté un dentiste ?  oui  non Date :

Comment se sont passés les derniers soins ?

Motif de la consultation du jour :  
(Avez-vous des informations pouvant nous aider à la prise en charge de votre enfant ?)

A-t-il déjà consulté :

Ostéopathe  Allergologue  O.R.L.  Orthophoniste  Orthodontiste

Pour quel motif ?

Plus jeune, votre enfant a-t-il pris :  la lolette  le pouce  un doudou  rien

Si oui, à quel âge a-t-il arrêté ?

La nuit, il respire :  par le nez  par la bouche  en ronflant  vous ne savez pas

Votre enfant a-t-il des angoisses envers des objets ou des animaux ?  oui  non

Si oui, lesquelles ?

Les données personnelles sont collectées par le cabinet dentaire dans les buts suivants : créer le dossier médical, disposer des informations nécessaires aux diagnostics et au suivi médical, procéder à la facturation des prestations et au recouvrement des créances.

Le cabinet dentaire peut être amené dans le cadre des prestations qu'il fournit à recueillir lui-même, à obtenir de tiers, à enregistrer, à traiter et à transmettre à des tiers des données personnelles en tenant compte à tout moment des normes en vigueur concernant la protection des données.

Une déclaration de confidentialité est consultable sur demande.

Les employés du cabinet dentaire sont soumis au secret médical et au devoir de discrétion.

Date, nom et signature du représentant légal :

Les rendez-vous manqués ou annulés moins de 24h à l'avance seront facturés.