

Questionnaire médical

(Merci de remplir les deux pages)

Nom :		Prénom :	
Nom usuel :			
Rue :			
Code postal :		Ville :	
Date de naissance :			
Représentant légal	☐ père	☐ mère	☐ autre
Les parents sont-ils séparés ?	☐ oui ☐ 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.			
Nom, adresse et date de naissance du père :			
Nom, adresse et date de naissance de la mère :			
Tél du père :		Tél de la mère:	
		Tél de l'enfant :	
E-mail :			
Souhaitez-vous recevoir notre correspondance (radiographies, courrier, factures, ...) :			
☐ par e-mail sécurisé (via HIN, double identification par SMS) ☐ par courrier			
Votre enfant est-il bénéficiaire :	- les prestations complémentaires de la caisse de compensation son numéro AVS : ☐ oui ☐ non		
	- des services sociaux ☐ oui ☐ non		
	- de l'office des migrations ☐ oui ☐ non		
Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu une maladie chronique ou génétique ? ☐ oui ☐ non			
Si oui, laquelle ? Existe-t-il des conséquences à nous communiquer ?			
Qui est son médecin traitant (nom et localité) ? 			
Nous autorisez-vous à recueillir ou transmettre vos données médicales à d'autres instances si nécessaire (médecin, médecin-dentiste, technicien de laboratoire, office de recouvrement, assurances, service étatique d'aide social, service de contrôle scolaire, tuteur ou curateur) ? ☐ oui ☐ non			

(Merci de remplir également la deuxième page)

Prend-il des médicaments ?	☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels ?	
A-t-il des allergies ?	☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels ?	
A-t-il déjà consulté :	
☐ Ostéopathe ☐ Allergologue ☐ O.R.L. ☐ Orthophoniste ☐ Orthodontiste	
Pour quel motif ?	

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 ?)	
Nous autorisez-vous à réaliser les soins et les radiographies si nécessaire	☐ oui ☐ non

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 ?	

Toutes les séances sont facturées : si, en raison d'un manque de coopération de la part de l'enfant, le traitement ne peut pas être effectué ou seulement de manière incomplète, le temps passé est facturé.

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 ou des représentants légaux :

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