

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"/>
Tél privé :	<input type="text"/>	Tél portable :	<input type="text"/>
		Tél professionnel :	<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			
Profession :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Êtes-vous bénéficiaire	- de la caisse de compensation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	n°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	

Nom et localité de votre ou de vos médecin(s) traitant(s) :	
<input type="text"/>	
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) ?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Date de votre dernière visite chez : le médecin-dentiste :	<input type="text"/>	- l'hygiéniste :	<input type="text"/>
Soins terminés après cette visite :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Motif de votre consultation du jour :
<input type="text"/>

Vos données personnelles sont collectées par le cabinet dentaire dans les buts suivants : créer votre dossier médical, disposer des informations nécessaires aux diagnostics et à votre 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.

(Merci de remplir la deuxième page)

Souffrez-vous d'une ou plusieurs des maladies suivantes, si oui quels médicaments prenez-vous pour la ou les traiter ?

Maladie cardiaque : (prothèse valvulaire, souffle au cœur, nécessité de prendre des antibiotiques...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Troubles sanguins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Hypertension :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Diabète :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Maladie de la thyroïde :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Maladie de l'estomac (acidité, ulcère) :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Maladie du rein :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Maladie du foie :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Maladie infectieuse (Sida, Hépatite, Herpès...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Cancer :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Prothèse articulaire (genou, hanche, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date ? <input type="text"/>
Rhumatisme articulaire aigu :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Ostéoporose :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Autre maladie :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Madame, êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du terme : <input type="text"/>

Prenez-vous d'autres médicaments ? oui non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

Avez-vous des allergies aux :

Latex : oui non

Anesthésiques oui non

Médicaments : Si oui, lesquels ? oui non

Autres allergies ? oui non

Tout au long de votre suivi dentaire, il est important de nous signaler tout changement au niveau de votre traitement médical ou de votre état de santé.

Fumez-vous ou avez-vous fumé ? oui non

Combien de cigarettes par jour et pendant combien d'années ?

Date, nom et signature :