

Questionnaire médical

(à remplir recto-verso, merci)

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	
Tel du père :	<input type="text"/>	Tel de la mère :	<input type="text"/>
Tel 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 <input type="checkbox"/> par e-mail sécurisé <input type="checkbox"/> par courrier			
Êtes-vous bénéficiaire	- de la caisse de compensation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	- 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, adresse et numéro de téléphone) ?			
<input type="text"/>			
Nous autorisez-vous à transmettre ses données médicales à d'autres instances si nécessaire (médecin, médecin-dentiste, assurances, aides sociales, société de recouvrement, ...) <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"/>		

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

(Merci de remplir également le verso)

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

Comment se sont
passés les derniers
soins ?

Motif de la consultation du jour :

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 ?

Avez-vous des informations à nous transmettre avant le début de la prise en charge de votre enfant :

Date, nom et signature du représentant légal :

Les rendez-vous décommandés au moins 24 heures à l'avance ne seront pas facturés