QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et Prénom(s) du patient : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. bureau : ..... Portable : .....

Date de naissance : ..... Âge : ..... Sexe : M ☐ F ☐

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Adressé et/ou recommandé par : un parent ☐ un ami ☐ un docteur ☐ annuaire téléphonique ☐

autre : .....

Êtes-vous personnellement assuré : OUI ☐ NON ☐ Si non, nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Avez-vous la CMU : OUI ☐ NON ☐

(personnel ou celui de votre conjoint)

Raison de la visite

Rendez-vous, contrôle	☐	Informations	☐	Plombage brisé	☐	Carie	☐
Extraction	☐	Dents, gencives sensibles	☐	Dent fracturée	☐	Autre	☐
Détartrage	☐	Douleur	☐	Prothèse dentaire	☐		

Date du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : .....

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Troubles cardiaques	☐	☐	Troubles cutanés	☐	☐	Cancer	☐	☐
Troubles vasculaires - sanguins	☐	☐	Allergies	☐	☐	Autres maladies ?		
Troubles rénaux	☐	☐	Si oui, précisez lesquelles :			.....		
Troubles digestifs	☐	☐	.....			Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?	☐	☐
Troubles hépatiques	☐	☐	Troubles glandulaires - hormonaux	☐	☐			
Troubles nerveux	☐	☐	SIDA ou autre MST	☐	☐	Prenez-vous actuellement des médicaments ?	☐	☐
Troubles pulmonaires	☐	☐	Hépatite A	☐	☐			
Troubles oculaires	☐	☐	Hépatite B	☐	☐	Si oui, précisez lesquels :		
Diabète	☐	☐	Hépatite C	☐	☐	.....		

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Êtes-vous enceinte ?	☐	☐	Êtes-vous fumeur ?	☐	☐	Prenez-vous de l'homéopathie ?	☐	☐

Nom du médecin traitant : .....

Adresse du médecin traitant : .....

Signature : Date :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.