



Les antécédents pathologiques peuvent avoir des répercussions sur les soins dentaires. Nous vous prions donc de bien vouloir répondre le plus précisément possible aux questions ci-dessous. Cette fiche sera ajoutée à votre dossier médical. Étant soumises à l'obligation du secret professionnel et aux dispositions du règlement sur la protection des données personnelles, les informations fournies seront traitées de manière strictement confidentielle.

Patient:

Nom Prénom Date de naissance N° de téléphone

Assuré principal :

Nom Prénom Date de naissance N° de téléphone

Adresse :

Profession :

Employeur * (* indication facultative) N° de téléphone * (*lieu de travail)

Médecin de famille :

Nom Adresse N° de téléphone

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des affections suivantes ?

(Veuillez cocher le cas échéant.)

Cœur :	Oui	Non
Infarctus du myocarde		
Insuffisance cardiaque		
Myocardite		
Endocardite		
Arythmie cardiaque		
Chirurgie cardiaque		
Valve artificielle		
Stimulateur cardiaque		
Angine de poitrine		
Pose de stent		
Appareil circulatoire :	Oui	Non
Hypotension artérielle		
Hypertension artérielle		
Troubles circulatoires		
Accident vasculaire cérébral (AVC)		
Maladies du sang :	Oui	Non
Anémie		
Hémophilie		
Leucémie		
Appareil respiratoire :	Oui	Non
Asthme COPD		
Maladie des poumons		
Tuberculose		
Appareil digestif :	Oui	Non
Maladie de l'estomac		
Maladie intestinale		

Vessie / Vésicule biliaire / Reins :	Oui	Non
Maladie de la vessie / vésicule bil.		
Maladie rénale		
Dialyse (insuffisance rénale)		
Foie :	Oui	Non
Jaunisse		
Hépatite A B C D E		
Yeux :	Oui	Non
Cataracte		
Glaucome		
Appareil locomoteur :	Oui	Non
Rhumatismes		
Polyarthrite rhumatoïde		
Métabolisme :	Oui	Non
Diabète		
Hyperthyroïdie		
Hypothyroïdie		
Ostéoporose		
D'autres maladies :	Oui	Non
Maladies de la peau / des organes génitaux		
VIH (SIDA)		
Maladies cancéreuses (radio-thérapie, chimiothérapie, traitement aux bisphosphonates)		
Maladie de Creutzfeld-Jakob, kuru		



D'autres renseignements médicaux importants : (Veuillez cocher le cas échéant.)

1. Êtes-vous atteint(e) d'une maladie qui n'a pas été mentionnée ci-dessus ?
Si oui, laquelle

2. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?

3. Êtes-vous en possession d'un plan de posologie ? Veuillez l'apporter lors de la consultation !

4. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ou des drogues ? Si oui, lesquelles ?

5. Êtes-vous allergique à certains médicaments ou à d'autres substances ?
Si oui, lesquels ?

6. Êtes-vous en possession d'une carte d'allergie ? Veuillez l'apporter lors de la consultation !

7. Avez-vous subi des effets indésirables après avoir reçu une injection chez le dentiste ?
Si oui, lesquels ?

8. Souffrez-vous de crises d'épilepsie ? Oui No

9. Êtes-vous enceinte ? Oui No

10. Êtes-vous en possession d'un carnet de bonus dûment tenu ? (documentation des dernières 5 ou 10 années)

Je m'engage à communiquer sans tarder tout changement concernant mon état de santé ou mon adresse au cabinet dentaire. Je déclare que j'accepte la sauvegarde et le traitement électronique de mes données ainsi qu'en cas de nécessité leur transmission aux établissements impliqués dans la procédure de paiement. Je consens également à ce que mes données à caractère personnel soient utilisées à des fins de maintien de la qualité.

Date Signature

Je m'oblige à respecter les dates convenues ou à annuler le rendez-vous au moins 24 heures à l'avance. Veuillez noter qu'une consultation non honorée peut vous être facturée.

Date Signature