

QUESTIONNAIRE MEDICAL 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 du patient :
Nom de jeune fille :
Adresse :
Code postal : Ville :
Portable : Tel. Domicile :
Date de naissance :
Adresse e-mail :
Profession :

Avez-vous la CSS (couverture santé solidaire) oui non

Merci de nous fournir lors de votre première consultation votre attestation CSS avec la date de vos droits en papier ou par mail : dentaire.vertbuisson@gmail.com

RAISON DE LA VISITE

Rendez-vous, contrôle	<input type="checkbox"/>	Informations	<input type="checkbox"/>	Plombage cassé	<input type="checkbox"/>	Carie	<input type="checkbox"/>
Extraction	<input type="checkbox"/>	Dents, gencives sensibles	<input type="checkbox"/>	Dent cassée	<input type="checkbox"/>	Implant	<input type="checkbox"/>
Détartrage	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>	Prothèse	<input type="checkbox"/>		
Esthétique	<input type="checkbox"/>	Couronne descellée	<input type="checkbox"/>	Gouttières d'alignement	<input type="checkbox"/>		

Date de votre dernière visite chez un dentiste :

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE (merci de cocher chaque case)

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres maladies ?		
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquelles :					
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA ou autre MST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous actuellement		
Troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquels ou nous		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fournir une ordonnance		

Précisions et nom des médicaments que vous prenez :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Pour les femmes : Etes-vous enceinte ? _____

Etes-vous fumeur ? _____

Poids (pour prescription médicale) _____

Nom du médecin traitant :

Ville du médecin traitant :

SIGNATURE :

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _