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 : ..... Date : .....

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 médecin ❒ annuaire téléphonique ❒

un dentiste ❒ 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 ❒

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré si différent de celui du patient : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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		
Troubles hépatiques	❒	❒	Troubles hormonaux	❒	❒	suivi par un médecin ?	❒	❒
Troubles nerveux	❒	❒	Hépatite A ❒ B ❒ C ❒			Prenez-vous actuellement		
Troubles oculaires	❒	❒	Diabète	❒	❒	des médicaments ?	❒	❒
Troubles pulmonaires	❒	❒				Si oui, précisez lesquels :		

Renseignements complémentaires.

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Êtes-vous enceinte ?	❒	❒	Êtes-vous fumeur ?	❒	❒	Êtes-vous sous traitement		
Êtes-vous sous traitement						homéopathique ?	❒	❒
contre l'ostéoporose	❒	❒	Si oui lequel ?			comprimé ❒ ou injection ❒		

Nom et adresse de votre médecin traitant : .....

Signature :

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.