

Fiche de renseignements

À remplir et à rendre avant la visite, s'il vous plaît

Nom, prénom	Date de naissance
Adresse:	Tél.
Code postal/ Ville:	Profession :
Caisse d'assurance-maladie	
Assurance complémentaire	
Pour les patients privés, adresse de facturation:	
Dentiste	

Pour rendre possible un bon traitement, je vous demande de bien vouloir compléter les renseignements suivants:

Cochez, s.v.p.

	oui	non
1. Portez-vous un pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d'inflammations ou de saignements des gencives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu ou souffrez vous d' une des maladies suivantes?		
a.) Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.) Réactions allergiques ou intolérance aux médicaments si oui , lesquels:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.) Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.) A.V.C. (attaque cérébrale, paralysies)- si oui, quand :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.) Infarctus (du myocarde), si oui, quand :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.) Jaunisse, maladies du foie (hépatite A, B, C, D) si oui laquelle forme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.) Diabète si oui, insulino-dépendant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.) Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.) VIH séropositif/-ve/ SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous de maladies sanguines ou de coagulation de sang? (Prenez- vous régulièrement l'Aspirin ou un ' autre anti-coagulant?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Souffrez-vous actuellement d' autres maladies? si oui- lesquelles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? si oui- lesquels:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Possédez-vous un passeport cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Possédez-vous un passeport radiographique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quand avez-vous subi votre dernière examen radiologique dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pour les femmes : Êtes- vous enceinte?		
non	incertain :	oui: quel mois :

Date :

Signature du patient/du représentant légal: