

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :
Téléphone (domicile) : (bureau) : (portable) :
Date de naissance : Sexe : M F Profession :

Médecin référent : adresse :
Téléphone : E-mail :

Médecin spécialiste : adresse :
Téléphone : E-mail :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Troubles cardiaques : Oui Non
Préciser :
Troubles vasculaires-sanguins : Oui Non
Préciser :
Troubles de la coagulation : Oui Non
Préciser :
Troubles rénaux : Oui Non
Préciser :
Troubles digestifs : Oui Non
Préciser :
Troubles hépatiques : Oui Non
Préciser :
Troubles nerveux : Oui Non
Préciser :
Troubles pulmonaires : Oui Non
Préciser :
Troubles oculaires : Oui Non
Préciser :
Troubles cutanés : Oui Non
Préciser :
Diabète : Oui Non
Préciser :
Avez-vous des allergies : Oui Non
Préciser :
Cancer : Oui Non
Chimiothérapie Oui Non
Radiothérapie Oui Non
Préciser :
Autres maladies ? Lesquelles :
Avez-vous eu des traitements par le passé ? Oui Non
Lesquels, pour quelles affections :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non
Préciser :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Êtes-vous enceinte ? Oui Non
Date du terme :
Êtes-vous fumeur ? Oui Non
Prenez-vous de l'homéopathie ? Oui Non
Date de votre dernier examen sanguin :

RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES

Avez-vous déjà eu des problèmes au cours ou à la suite d'une séance de soins dentaires :

- Infectieux : Oui Non
Saignement : Oui Non
Gonflement : Oui Non
Allergique : Oui Non
Anxiété : Oui Non
Autres :

Quels types de soins dentaires avez-vous déjà eu ?

- Détartrage : Oui Non
Caries :
Orthodontie :
Parodontie :
Prévention :
Esthétiques :
Prothèse :
Implantologie :
Autres :

Quelles sont vos préoccupations principales concernant votre bouche ?

.....
.....
.....
.....

N'hésitez pas à signaler tout élément n'ayant pas été abordé dans ce questionnaire.

Date :
Signature :