

Questionnaire Médical

Nom: Prénom: Date de Naissance: / /

Adresse:

Tél Domicile: Tél Portable: Profession:

Date de la dernière consultation dentaire: / /

Nom de votre médecin traitant: Localité:

Pourquoi avez-vous pris RDV aujourd'hui ? (merci d'entourer la ou les raisons de votre visite)

Contrôle Détartrage Douleurs Demande d'informations Dents ou gencives sensibles Carie
Dent fracturée Prothèse Dentaire Plombage brisé Implant Restaurations esthétiques

Avez-vous des problèmes de santé ? (merci d'entourer la ou les raisons de votre visite)

Troubles cardiaques Troubles vasculaires ou sanguins Troubles rénaux Troubles digestifs Diabète
Troubles hépatiques Troubles nerveux Troubles oculaires SIDA ou autre MST Hépatite A B C
Autres:

Allergies (si oui, précisez lesquelles):

Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

Si OUI, lesquels:
.....
.....
.....

Etes-vous fumeur(se) ? OUI NON Si OUI, combien de cigarettes / jour:

Madame, êtes-vous enceinte ? OUI NON Si OUI, depuis combien de temps:

Etes-vous anxieux à l'idée d'entreprendre des soins dentaires ? OUI NON

Si OUI, pour quelles raisons:
.....

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Je suis conscient de m'engager dans un contrat de soin avec mon chirurgien-dentiste et des obligations qui en découlent.

Fait à, le / /

Signature