

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 :