

Madame Monsieur Titre: _____ Etat civil: célibataire marié/e divorcé/e veuf/ve

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Rue: _____ NPA, localité: _____

E-mail: _____ Tél. pri.: _____

Profession: _____ Employeur: _____ Tél. pro.: _____

Parents / représentant légal: _____ Mobile: _____

Caisse-maladie/assurance (Adresse): _____

Médecin de famille, médecin traitant (Adresse, téléphone): _____

Dentiste de famille; ancien dentiste: _____

Recevez-vous un soutien de l'assistance, de services sociaux, de l'assurance sociale ou d'une oeuvre d'entraide? Oui Non

Voulez-vous recevoir un rappel d'événement par SMS?

Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet dentaire? _____

Je vous autorise à consulter le dossier médical de mon ancien dentiste ainsi qu'à transmettre aux personnes et aux institutions mandatées par vos soins les données nécessaires à l'établissement des factures, à l'encaissement et à la comptabilité.

Toutes vos données sont soumises au secret médical

Veillez cocher ce qui convient	Oui	Non	Avez-vous eu ou avez-vous:	Oui	Non
Etes-vous actuellement traité/e par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des saignements de longue durée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé/e au cours de ces dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des problèmes cardio-vasculaires (pression sanguine élevée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous régulièrement des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des maladies sanguines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels? _____			du diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des réactions inhabituelles à des piqûres ou à des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de l'asthme, le rhume des foies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de l'ostéoporose ; d'autres maladies osseuses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			des allergies (p.ex. pénicilline, iode)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			la jaunisse, le SIDA, êtes-vous séropositif/ve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			des crises d'épilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			d'autres maladies graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			une prothèse de la hanche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			un risque particulier en cas de traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: _____			(p.ex. avez-vous un stimulateur cardiaque; devez-vous prendre un antibiotique prescrit par un médecin avant un traitement?)		