

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) : _____

Médecin ayant adressé le patient : _____

Recevez-vous un soutien de l'assistance, de services sociaux ou d'une œuvre d'entraide (p.ex.AI) ? Oui Non

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

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

Veuillez cocher ce qui convient	Oui	Non	Avez-vous eu ou avez-vous :	Oui	Non
Etes-vous actuellement traité/e par un médecin ? Si oui, pourquoi ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des saignements de longue durée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? (P.ex. Marcumar, Xarelto, Plavix, anti-dépresseur) Si oui, lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des problèmes cardio-vasculaires (pression sanguine élevée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des réactions inhabituelles à des piqûres ou à des médicaments ? Si oui, lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des maladies sanguines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ? (P.ex. antibiotiques, anesthésiques locaux, analgésiques, pénicilline, latex) Allergènes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de l'asthme, le rhume des foies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement à base de biphosphates ? (P.ex. Fonsamax, Zometa, Bondronat, Bonviva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de l'ostéoporose ; d'autres maladies osseuses ?	<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 ? Si oui, lesquels ? _____	<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 ? (P.ex. avez-vous un stimulateur cardiaque; devez-vous prendre un antibiotique prescrit par un médecin avant un traitement ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: _____					