

QUESTIONNAIRE MEDICAL (confidentiel)

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.

Mme Melle M.

NOM : PRENOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Portable :

N° Domicile :

Email :

Date de naissance :

Profession :

Adressé et/ou recommandé :

Parent/ami :

Docteur :

Annuaire téléphonique :

Par notre site Internet : (www.dr-reich.fr)

Avez-vous la CMU ? :

RAISON DE LA VISITE

Contrôle Extraction Détartrage

Douleur Gencives sensibles Plombage brisé

Dent fracturé Prothèse dentaire Implant

Carie

Autre :

Avez vous peur ou êtes vous angoissé par les soins dentaires?

SITUATION MEDICALE

Troubles cardiaques Oui Non

Troubles vasculaires Oui Non

Troubles rénaux Oui Non

Troubles digestifs Oui Non

Troubles hépatiques Oui Non

Troubles nerveux Oui Non

Troubles pulmonaires Oui Non

Diabète Oui Non équilibré ? Oui Non

Troubles glandulaires-hormonaux Oui Non

SIDA ou MST Oui Non

Hépatite A Oui Non

Hépatite B Oui Non

Hépatite C Oui Non

Cancer Oui Non

Autres maladies :

Prenez vous des médicaments ?

Prenez vous des anticoagulants ? Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Etes-vous fumeur ? Oui Non

Allergies connues ?

Date : Signature :