

Questionnaire Médical N°

Nom : Prénom : N° Tél :
Adresse postale : Matricule :
Adresse e-mail : Profession :

Ce questionnaire médical est confidentiel et destiné à l'usage exclusif de votre médecin-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Les informations qui vous ont été demandées à l'accueil, lors de la constitution ou la mise à jour de votre dossier médical, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant auprès de votre professionnel de santé.

Comment avez-vous connu notre cabinet ? ☐ Doctena ☐ Autre :

Motif de la consultation : ☐ Visite de contrôle / Détartrage ☐ Orthodontie ☐ Douleurs ☐ Dents, gencives sensibles
☐ Autre :

Date du dernier examen dentaire ou soin :

Avez-vous déjà réalisé une radiographie panoramique ? ☐ Non ☐ Oui (date) :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE SANTE ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Allergies (latex, pénicillines ou autre) | ☐ Troubles cutanés |
| ☐ Troubles cardiovasculaires | ☐ Troubles hormonaux |
| ☐ Troubles rénaux | ☐ Diabète du type I / II |
| ☐ Troubles digestifs | ☐ Troubles sanguins (VIH) |
| ☐ Troubles hépatiques (hépatite A, B ou C) | ☐ Problèmes osseux ou articulaires |
| ☐ Troubles nerveux | ☐ Problèmes ORL |
| ☐ Dépression | ☐ Cancer |
| ☐ Troubles oculaires | ☐ Autre (précisez) |
| ☐ Troubles broncho-pulmonaires | |

PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES MEDICAMENTS ? (Si oui lesquels) : ☐ NON ☐ OUI

AVEZ-VOUS DEJA EU DES SAIGNEMENTS PROLONGES POST COUPURE ? ☐ NON ☐ OUI

AVEZ-VOUS DEJA EU DES CHIRURGIES ? (Si oui lesquels) : ☐ NON ☐ OUI

ATTENDEZ-VOUS QUE VOTRE DENTISTE APORTE DES SOLUTIONS ☐ NON ☐ OUI

POUR AMELIORER L'ESTHETIQUE DE VOTRE SOURIRE ? Alignement des dents / Blanchiment ...

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

☐ Etes-vous enceinte ? ☐ Non ☐ Oui	CAISSE / MUTUELLE :	
☐ Fumez-vous ? ☐ Non ☐ Oui	☐ CNS	☐ CMCM (-)
☐ Combien de cigarettes/jour :	☐ CMFEP	☐ CMCM (+)
☐ Avez-vous déjà eu un appareil dentaire ? ☐ Non ☐ Oui	☐ CMFEC	☐ DKV
	☐ BEI / CEE	☐ Foyer
	☐ Privée	☐ Autre :

Conformément au RGPD, vous disposez des droits d'accès, de rectification et d'effacement des données à caractère personnel vous concernant, ainsi que du droit de limiter le traitement, du droit d'opposition au traitement, ou du droit à la portabilité de vos données personnelles que vous pouvez exercer en nous le signalant.

A noter : Certains actes ont un supplément non remboursé par la CNS (code CP8).

☐ J'atteste l'exactitude de ces renseignements et je m'engage à signaler tout changement concernant mon état de santé. J'en informerai mon praticien au rendez-vous suivant.

Pris connaissance le

Signature