

## Questionnaire Médical

NOM : Prénom : N° Tel :

Profession :.....

-Êtes-vous diabétique ? Oui Non

-Avez-vous déjà eu des saignements prolongés post coupure ? Oui Non

-Êtes-vous sous traitement médical ? Si oui lequel ? .....

-Avez-vous des allergies à certains produits ou médicaments ? ( ex : latex, iode, pénicillines ou autre)

- Si oui, lesquels ? .....

-Prenez-vous des médicaments ? si oui, lesquels ? .....

-Nom du médecin traitant : .....

### **-Soulignez ou entourez les problèmes de santé que vous avez rencontrés :**

Troubles digestifs, rénaux, vasculaires ou sanguins, pulmonaires, oculaires, glandulaire, nerveux,

VIH ( SIDA), Hepatite B, Hépatite C, anti-ostéoporotique de la famille des biphosphonates.

Si vous pensez avoir tout autre maladie ou problème de santé non indiqué ici, pour vous soigner dans les meilleures conditions veuillez nous le signaler ici :

.....

-Fumez-vous ? Oui Non Si oui combien ? .....

**-Motif de la consultation:** orthodontie, douleur, esthétique, fonctionnel, saignement gingivaux, contrôle etc..

.....

-Date du dernier contrôle : ..... date du dernier détartrage : .....

-Par quel moyen avez-vous eu connaissance de notre cabinet ? .....

-Attendez-vous de votre dentiste qu'il vous apporte des solutions pour améliorer l'esthétique de votre sourire ?

Oui/non

-Sur quels points estimez vous que je puisse vous apporter une solution ? .....

*Les informations qui vous 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.*

*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.*

**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 :