

Questionnaire Médical N°

Nom : Prénom : N° Tél :

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 ?

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

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 APPORTE DES SOLUTIONS NON OUI

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Combien de cigarettes/jour : <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	CAISSE / MUTUELLE : <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CMCM (-) <input type="checkbox"/> CMFEP <input type="checkbox"/> CMCM (+) <input type="checkbox"/> CMFEC <input type="checkbox"/> DKV <input type="checkbox"/> BEI / CEE <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> 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