

Questionnaire médical confidentiel

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris, peuvent interférer sur votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne.

Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision.

Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation.

Nom et prénom:

Date de naissance:

votre tél fixe :

votre tél portable :

votre adresse mail :

- A quand remonte votre dernier examen médical:
- A quand remonte votre dernier examen dentaire:
- Avez-vous actuellement des problèmes de santé: si oui lesquels
- Avez-vous maigri ou grossi récemment de façon importante:
- Êtez-vous actuellement suivi par un médecin ou un service hospitalier: si oui lequel
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales: si oui lesquelles
- Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années et pourquoi :

- Avez-vous ou avez-eu des maladies graves ou invalidantes ? si oui lesquelles

- Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ou un examen particulier ?

- Autres allergies médicamenteuses ou contre-indications connues :

- Connaissez-vous votre tension artérielle ?
- Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires et lesquelles ?

- Avez-vous eu des saignements prolongés:
- En cas de grossesse, date prévue de l'accouchement:
- Médicaments actuellement prescrits :

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerais le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date:

Signature du patient.