



Cher patient,  
Pour les traitements dentaires, votre dentiste doit être au courant de votre état de santé.  
Veuillez remplir le questionnaire ci- dessous et nous faire parvenir des changements éventuels.

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Numéro de tél./ GSM \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail \_\_\_\_\_ profession \_\_\_\_\_

<b>Prenez-vous des médicaments ?</b> Si oui, cocher et expliquer svp	<b>Oui/ Non</b>
<b>Problèmes de santé:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Troubles de coeur, problèmes sanguinaires ou hypertension</li><li><input type="radio"/> Troubles de coagulation</li><li><input type="radio"/> Troubles pulmonaires ou asthme</li><li><input type="radio"/> Problèmes intestinales ou digestifs</li><li><input type="radio"/> Epilepsie</li><li><input type="radio"/> Le diabète</li><li><input type="radio"/> Evanouissements ( pendant traitement dentaire)</li><li><input type="radio"/> Cancer, rayons ou chimiothérapie</li><li><input type="radio"/> Allergies: _____</li><li><input type="radio"/> Une maladie de foie ou rénale</li><li><input type="radio"/> autres: _____</li></ul>	<b>Medicaments:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

**Qui était votre dentiste précédent?**  
\_\_\_\_\_

**Date de la dernière visite chez le dentiste?**

- Cette année
- L' année précédente
- Il y a 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Plus que 5 ans

**Qui est votre médecin généraliste ?**  
\_\_\_\_\_

<b>Etes- vous enceinte?</b>	<b>Oui / non</b>
<b>Fumez- vous?</b>	<b>Oui / non</b>
<b>Avez- vous peur chez le dentiste?</b>	<b>Oui/ non</b>

Je soussigne que mes données peuvent être utilisées en toute discrétion si nécessaire pour objectifs ci-dessous:

- références aux dentistes spécialistes/ médecins / laboratoires dentaires
- infos supplémentaires par rapport aux traitements dentaires du patient
- envoyer des radiographies médicales et scans 3D

**Date et signature:**