

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Afin de faciliter les parties administratives et médicales nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir ce questionnaire strictement confidentiel.

INFORMATIONS GENERALES :

Nom du patient PRENOM.....

Date de naissance.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Adressé par.....

Nom de l'assuré..... Téléphone mobile.....

N° SS..... Téléphone fixe.....

Quel est le motif de votre consultation ? Mail :.....

.....

HISTORIQUE MEDICAL :

Avez-vous des problèmes de santé ? O oui O non

Si oui lesquels ?

Etes-vous sous traitement médical ? O oui O non

Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous des allergies ? (latex,métaux,médicaments..) O oui O non

Si oui, lesquels ?.....

Est-ce que vous présentez ou avez déjà présenté une des affections suivantes :

Affection cardiaque O oui O non

Hépatite O oui O non

Diabète O oui O non

Affection rénale O oui O non

Troubles sanguins O oui O non

Ulcère O oui O non

Asthme O oui O non

Rhumatismes articulaire aigue O oui O non

Hypo /hypertension	O oui	O non
Affecion viral (VIH, hépatite..)	O oui	O non
Problème ORL	O oui	O non
Allergie au nickel	O oui	O non

Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?

Si oui pour quelle raisons ?.....

Avez-vous des douleurs /craquements/craquements articulaires au niveau de la mâchoire ?

.....

Etes-vous suivies par :

Un orthophoniste un kinésithérapeute un ostéopathe

Souhaitez-vous nous informer d'un problème de santé non évoqué ci-dessus ?

.....

Quelle est la date des derniers soins dentaires ?.....

Avez-vous des habitudes nocives :

Grince des dents

Ronge ses ongles

Succion des lèvres

Mordille des stylos

Je suis informé du fait que les informations fournies sur ce questionnaire sont essentielles à l'évaluation des affections bucco-dentaire et orthodontiques.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis.

Date

Signature :

Signature et cachet du praticien :