

Questionnaire Médical

Mme Mr Melle

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Code postal : _____ Ville: _____ e-mail : _____

N° Sécu : _ _ _ _ _

Dentiste traitant : _____

Médecin traitant déclaré : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Avez vous des problèmes de santé ?

Etiez vous récemment chez votre médecin ? oui non ?

Suivez vous un traitement médical ? oui non ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui non ?
- si oui, lesquels ? _____

Ne supportez-vous pas certains médicaments ? oui non ?
- si oui, lesquels ? _____

Etes-vous sujet à des réactions allergiques ? oui non ?

Avez-vous le rhume des foins, allergie à la pénicilline, urticaire, un pass d'allergie ? oui non ?

En cas de blessure ou d'extraction dentaire avez-vous remarqué un saignement important ? oui non ?

Souffrez-vous ou avez-vous eu un/des problème/s de santé cité/s ci-dessous :

	oui	non	?		oui	non	?
Coeur (Infarctus, Angine de poitrine)				Foie (ex. Ictère)			
Hypertension				Migraine			
Hypotension				Rhumatisme			
Accident Vasculaire Cérébral				Asthme			
Anémie				Nerf			
Rein				Convulsions			
Diabète				Thyroïde			
Maladie infectieuse				Ostéoporose			
Tuberculose, Hépatite, SIDA				Médication avec bisphosphonate			

Avez-vous une autre maladie? _____

Fumez vous ? oui non combien ___/jours depuis quand ? _____

Madame, Mademoiselle, êtes vous enceinte oui non depuis quand ? _____

Motif de votre consultation : _____

Questionnaire rempli le ___ / ___ / _____

Signature :