

Nom + Prénom _____

Adresse _____

Email _____

Nr. de téléphone _____

Nom de votre médecin généraliste + Téléphone _____

1. Avez-vous des problèmes de santé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Si oui :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coeur <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Stimulateur cardiaque/ appareil de diagnostic<input type="radio"/> Valve cardiaque fuyante<input type="radio"/> Sentiment d'oppression sur la poitrine<input type="radio"/> Valve cardiaque artificielle | <input type="checkbox"/> Tendance au saignement par exemple, des bleus spontanés, des saignements prolongés après une extraction dentaire. |
| <input type="checkbox"/> Poumons <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Asthme<input type="radio"/> Hyperventilation | <input type="checkbox"/> HIV-positif/ séropositif |
| <input type="checkbox"/> Diabète <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Type 1<input type="radio"/> Type 2 | <input type="checkbox"/> Foie |
| <input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée / faible | <input type="checkbox"/> Estomac-Intestin |
| <input type="checkbox"/> Prothèse de hanche / genou récente | <input type="checkbox"/> Rein |
| | <input type="checkbox"/> Tumeurs, date du diagnostic <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Avec chimiothérapie<input type="radio"/> Avec l'irradiation<input type="radio"/> Avec un médicament permanent |
| | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| | <input type="checkbox"/> Hépatite A / B / C |

Nom du médecin spécialiste qui vous suit pour cela : _____

Les médicaments que vous prenez pour cela _____

2. Prenez-vous des médicaments Si oui, pour quoi ? _____

Bisphosphonates (renforceurs d'os) _____

Anticoagulant _____

3. Avez-vous des allergies aux médicaments ou aux produits ? Si oui, lesquels ?

4. Autres renseignements. Encerclez ce qui convient.

Souffrez-vous d'évanouissements lors d'un traitement/anesthésie chez le dentiste ? Oui /Non

Êtes-vous (potentiellement) enceinte ?

Oui/Non nombre de semaines

Fumez-vous?

Oui/Non Quantité par jour

Avez-vous été vacciné contre le Covid-19 ?

Oui/Non Quand :

Quand êtes-vous allé chez un/une dentiste pour la dernière fois ? _____

Comment êtes-vous venu chez nous ? _____

Avez-vous une assurance dentaire complémentaire ? Si oui, lequel ? _____

Le patient autorise l'utilisation de ses données pour la communication liée au traitement.

Date:

Signature: