
Bonjour

Questionnaire Médical

Votre Profil

Vos noms et prénom _____

Votre date de naissance _____

Votre numéro de téléphone _____

Votre adresse : _____

Votre adresse email : _____

Motif de la consultation :

- Visite de contrôle
- Détartrage
- Douleur
- Dent fracturée
- Prothèse
- Implant
- Autre

De quelle manière nous avez vous connu ?

- Site Internet
- Pages Jaunes
- Entourage

Fumez-vous ?

- Oui
- Non

Consommez-vous ?

- Soda
- Café
- Thé
- Vin

Avez-vous une maladie particulière à nous signaler ? _____

Avez-vous eu un traitement orthodontique ?

Oui

Non

Si oui, quand ? _____

Présentez-vous une allergie ? (médicamenteuse ou autre, latex etc...)

Oui

Non

Si oui, merci de précisez : _____

Suivez-vous un traitement médical au long court ?

Oui

Non

Si oui, merci de précisez les médicaments pris : _____

Souffrez-vous d'une des pathologies suivantes ?

Pathologie cardiovasculaire

Hypertension ou hypotension

Troubles reinaux

Troubles gastro-intestinaux

Troubles respiratoires

Rhumatismes articulaires aiguës

Diabète

Cholestérol

Hépatite A

Hépatite B

Hépatite C

Sida

Saignez-vous longtemps après une blessure ?

Oui

Non

Etes-vous sous traitement de bisphosphonate ?

Oui

Non

Prenez-vous des anti-coagulants ?

Oui

Non

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ?

Oui

Non

Date et signature _____