

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ADULTE

Nom et prénom(s) du patient :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Date de naissance : Age : Sexe : Poids : Taille :

Adresse e-mail : Profession :

Nom du médecin traitant + téléphone :

Nom du médecin spécialiste (cardiologue, neurologue...) + téléphone :



PÔLE DENTAIRE
Sainte Baume

Motif de consultation

Contrôle	☐	Articulation	☐	Mauvaise haleine	☐	Bruxisme	☐
Esthétique	☐	Sensibilité	☐	Dent fracturée	☐		
Gencive	☐	Douleur	☐	Dent(s) mobile(s)	☐	Autre	☐

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :

Avez-vous des problèmes de santé ? Cocher la(les) case(s) :

Troubles cardiaques (Infarctus, valve...)	☐	Arthrose	☐
Troubles vasculaires (Hémophilie, AVC...)	☐	Allergies ?	☐
Troubles rénaux (Calcul, dialyse...)	☐	(Iode, latex, aspirine antibiotique, codéine, pénicilline, ibuprofène...)	
Troubles digestifs (Ulcère, reflux...)	☐	Si oui, précisez-la(les)quelle(s) :	
Troubles hépatiques (Cirrhose, stéatose...)	☐		
Troubles nerveux (anxiété, dépression...)	☐	Troubles hormonaux (thyroïde, glandes)	☐
Troubles épileptiques	☐	Déficit immunitaire / séropositivité	☐
Troubles pulmonaires / asthme	☐	Hépatite ? (A, B ou C)	☐
Troubles oculaires (lentilles, tension, cataracte...)	☐	Tuberculose	☐
Diabète	☐	Cancer :	☐
Rhumatisme articulaire aigu	☐	Quelle localisation ?	
		Avez-vous subi une radiothérapie ?	☐
Êtes-vous enceinte ?	☐	Allaitez-vous ?	☐
Quelle est votre date d'accouchement ?			
Êtes-vous ménopausée ?	☐	Prenez-vous des médicaments en ce moment ?	☐
Si oui prenez-vous un traitement substitutif ? lequel ?		Si oui lesquels ?	
		Pratiquez-vous un sport ?	☐
		Si oui, lequel :	

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? ☐ Si oui : cigarettes / jour depuis années

Consommez-vous des drogues ? (Cannabis, cocaïne, amphétamines...) ☐ Si oui, la(les)quelle(s) :

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ? (Aclasta®, Actonel®, Fosamax®, Fosavance®, Bonviva®, Optrum®, Didromel®...) ☐

Présentez vous un handicap ? Lequel : Autre problème de santé ? :

Date :

Signature du patient :

Actes « Non remboursés »

Dans notre cabinet dentaire, pourront vous être facturés des actes non remboursés par la sécurité sociale qui ne seront peut-être pas remboursés par votre assurance complémentaire. Ces actes non remboursés peuvent concerner tous les soins (prévention, détartrage, composites, traitements de racine...) et ce pour tous les praticiens du cabinet. Ceci s'applique également aux patients bénéficiant de la CMU. Le tiers-payant n'est pas pratiqué (sauf CMU).

Un devis n'est pas obligatoire si ces actes non remboursés sont inférieurs à 70€ : *arrêté du 2 octobre 2008 publié au JO du 11 octobre 2008*

La signature de ce questionnaire confirme la réception de cette information.

Droit à l'image

Dans le cadre de vos soins, des photographies pourront être réalisées à des fins d'information ou de formation. Votre anonymat sera toujours préservé.

La signature de ce questionnaire vaut consentement.