

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT (Confidentiel)

NOM : Prénom :
NOM de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :
Code Postal :
Ville :

Tél domicile :
Portable :

Votre profession : Tél professionnel :

Souhaitez-vous recevoir notre **Newsletter** ? **OUI** **NON**
Votre adresse e-mail :
(Votre email ne sera ni affiché, ni utilisé à des fins commerciales)

Comment avez-vous connu notre cabinet ? (Merci d'entourer la réponse qui vous concerne)

- Par un parent
- Par un ami
- Par un docteur
- Par l'annuaire
- Autre : précisez SVP :

Concernant votre Caisse de prestations sociales :

Quelle est votre **Caisse** :

Etes-vous personnellement assuré(e) : **OUI** **NON**
Si NON, NOM et Prénom de l'assuré(e) :
Avez-vous la **CMU** (Couverture Maladie Universelle) ? **OUI** **NON**

Concernant votre mutuelle complémentaire :

Quelle est votre **Mutuelle** :

POURQUOI AVEZ-VOUS PRIS RDV AUJOURD'HUI ?

Merci d'entourer la ou les raisons de votre visite

Contrôle	Détartrage	Demande d'informations	Extraction	Dents ou gencives sensibles	
Douleur	Dent fracturée	Carie	Prothèse Dentaire	Plombage brisé	Implant

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE ?

Merci d'entourer les réponses qui vous concernent

Troubles cardiaques

Troubles vasculaires, sanguins

Troubles rénaux

Troubles digestifs

Troubles hépatiques

Troubles nerveux

Troubles pulmonaires

Troubles oculaires

Diabète

Troubles cutanés

Troubles glandulaires, hormonaux

SIDA ou autre MST

Hépatite A B C

Cancer

Allergies (si oui, précisez lesquelles) :

Autres maladies :

Prenez-vous des médicaments ?

OUI

NON

Si OUI, lesquels ?

.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Etes-vous fumeur(se) ?

OUI NON

Prenez-vous de l'homéopathie ?

OUI NON

Madame, êtes-vous enceinte ?

OUI NON

NOM de votre Médecin traitant :

Son adresse ou sa localité :

Date :

Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés