

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Mme Mr Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone/GSM : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Dentiste traitant : _____

Médecin traitant : _____

Avez-vous des problèmes de santé?

Suivez-vous un traitement médical? Oui Non

Si oui, quel(s) médicament(s) prenez-vous? _____

Avez-vous des allergies? Oui Non

Si oui, le(s)quelle(s)? _____

En cas de blessure ou extraction dentaire, avez-vous remarqué un saignement important?

Souffrez-vous/avez-vous souffert d'un des problèmes ci-dessous?

	Oui	Non	?		Oui	Non	?
Coeur				Foie			
Hypertension				Migraine			
Hypotension				Rhumatisme			
AVC				Asthme			
Anémie				Nerf			
Rein				Convulsion			
Diabète				Thyroïde			
Maladie infectieuse				Ostéoporose			
Tuberculose, hépatite, SIDA				Médication avec bisphosphonate			

Avez-vous une autre maladie? _____

Êtes-vous enceinte/des chances de l'être? _____

Questionnaire rempli le : ___ / ___ / ___

Signature :