

Nom, prénom du patient, adresse

Renseignements sur le patient

né(e) le

E-mail :

Téléphone (privé) : (au travail)

Profession: Médecin de famille : Nom :

Adresse : Téléphone :

Veillez répondre précisément aux questions suivantes concernant votre état de santé ! Toutes les indications sont soumises au secret professionnel et aux dispositions sur la protection des données et seront traitées de façon strictement confidentielle.

Maladies cardio-vasculaires :

Hypertension oui non
Hypotension oui non
Valvulopathie cardiaque oui non
Remplacement valvulaire oui non
Stimulateur cardiaque oui non
Endocardite oui non
Intervention cardiaque oui non

Neutropénie à haut risque oui non
Mucoviscidose oui non
Transplantation d'organes oui non
Transplantation de cellules souches oui non

Maladies infectieuses :

Infection par le VIH / SIDA déclaré. oui non
Hépatopathie / hépatite oui non
Tuberculose oui non
Autres maladies infectieuses : oui non
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)/Nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

Épilepsie

oui non
Asthme / maladies pulmonaires : oui non
Troubles de la coagulation oui non
Diabète / diabète sucré oui non
Toxicomanie oui non
Maladies nerveuses oui non
Néphropathie (maladies des reins) oui non
Pertes de connaissance oui non
Ostéoporose oui non
Tabagisme oui non
Rhumatisme / arthrite oui non
Maladie de la glande thyroïde oui non
Autres maladies : oui non
.....

Êtes-vous enceinte ? oui non

Si oui, à combien de mois de grossesse en êtes-vous ?mois

Allergies ou intolérances :

Anesthésie locale / piqûres oui non
Antibiotique oui non
Antalgiques oui non
Métaux :
..... oui non

Est-ce que des radiographies de vous ont déjà été faites chez votre dentiste ?

Si oui, quand ?

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou actuellement ? depuis

Prenez-vous du bisphosphonate ?

Suivez-vous une chimiothérapie médicamenteuse ?

Suivez-vous une radiothérapie pour traiter un cancer ?

Prenez-vous des stéroïdes / immunosuppresseurs à forte dose ?

Avez-vous subi de lourdes opérations à l'hôpital ?

..... depuis
 oui non depuis
 oui non depuis
 oui non depuis
 oui non depuis
 oui non Date

Je me déclare d'accord avec l'enregistrement, le traitement et l'exploitation électroniques de mes données personnelles dans un système appelé Recall-System.

Je m'engage à communiquer immédiatement tout changement pouvant intervenir au cours de la période de traitement. De plus, je m'engage à observer les séances de traitements convenues ou à les annuler au moins 24 heures avant la date fixée J'ai connaissance que les rendez-vous qui n'ont pas été annulés, ou qui ne l'ont pas été à temps, peuvent être facturés.

J'accepte, en cas de nécessité de soins dentaires plus importants ou d'interventions dentaires impliquant le paiement d'avance par mon (ma) dentiste du technicien-dentiste, de solliciter, au besoin, auprès d'une agence de renseignements ou d'une institution de protection du crédit, une demande de crédit.

....., le

Signature :