

FEUILLE D'ANAMNÈSE

Chère patiente, cher patient!

Pour un traitement dentaire optimal, une anamnèse précise de votre état de santé est nécessaire. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire.

Patient/patiente:

Nom _____ Tél. privé _____
Prénom _____ Tél. mobile _____
Rue, Nr. _____ Tél. professionnel _____
CP, ville _____ E-Mail _____
Numéro de sécurité sociale _____ Pays _____

Assurance _____ Assurance dentaire _____

Je suis auto-assuré oui non

Si ce n'est pas le cas:

Représentant légal :

Nom _____ Tél. privé _____
Prénom _____ Tél. mobile _____
Rue, Nr. _____ Tél. professionnel _____
CP, ville _____ E-Mail _____
Numéro de sécurité sociale _____ Pays _____

Médecin généraliste traitant **Pédiatre traitant**

Nom _____ Tél. privé _____
Rue, Nr. _____ Tél. mobile _____
CP, ville _____

Je prends connaissance du fait que les données ou les résultats de mon dossier médical, y compris les radiographies et les photos, leurs copies ou impressions, seront échangés avec mon médecin ou d'autres personnes soumises au secret médical, telles que les assurances, etc. en vue d'éventuelles clarifications ou informations nécessaires, et que les données nécessaires à la facturation, à l'encaissement et à la comptabilité seront transmises aux institutions concernées.

Date: _____ Signature: _____

Afin de vous offrir la meilleure thérapie possible, différents traitements, tels que les obturations en composite, orthodontie (KFO), traitement des canaux radiculaires, chirurgie au laser, fabrication de provisoires esthétiques, etc. (CP8) qui ne sont pas pris en charge par votre caisse d'assurance maladie. Si c'est votre cas, nous vous en informerons avant le traitement.

Date: _____ Signature: _____

Je suis d'accord pour qu'on m'administre une anesthésie locale si nécessaire. Je suis informé(e) que, dans de très rares cas, cela peut provoquer des irritations au niveau de la mâchoire inférieure et de la langue (engourdissement persistant, picotements), qui disparaissent en général. Je prends connaissance du fait qu'après une intervention de chirurgie dentaire sous anesthésie locale, il existe un risque accru d'accident en cas de participation active à la circulation routière pendant plusieurs heures.

Date: _____ Signature: _____

● Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? oui non

Prenez-vous des **bisphosphonates** ? oui non

Prenez-vous des **médicaments anticoagulants** ? oui non

● Avez-vous des allergies connues ? Si oui, lesquels ?? oui non

● Suivez-vous/avez-vous suivi récemment un traitement médical ? Si oui, pour quelles maladies ? oui non

● Avez-vous ou avez-vous eu...

Maladies cardiaques

Troubles hormonaux

Diabète

Maladie du sang

Maladie de la thyroïde

Migraine Arthrose

Stimulateur cardiaque

Sinusite

Cancer

Accident vasculaire cérébral

Rhumatisme maladie

Rayonnement,

Insuffisance sanguine

gastro-intestinale

radiothérapie

Maladie des valves cardiaques

maladie rénale

Chimiothérapie

Endocardite

maladie du foie

Prothèses articulaires

VIH

maladie pulmonaire

Tuberculose

autres infections ou maladies :

● Avez-vous subi des opérations ? Si oui, lesquelles ? oui non

● Fumez-vous ? Si oui, à quelle fréquence et en quelle quantité ? oui non

● Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Si oui, en quelle quantité ? oui non

● Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ? oui non

● Êtes-vous enceinte ? oui non

● Êtes-vous satisfait de la position de vos dents/de votre sourire ? oui non

● Grincez-vous des dents ? oui non

● Quel est votre souhait de traitement dans notre cabinet ?

● Comment avez-vous connu notre cabinet ? _____

Questions? _____

Date:

Signature: