

Fiche d'identité

Données personnelles

Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Rue et n° _____

NP et localité _____

N°AVS _____

N° téléphone portable _____

N° téléphone fixe _____

N° téléphone prof. _____

Adresse électronique _____

Profession _____

Bénéficiez-vous de : PC : Oui SSR : Oui AJAM : Oui curatelle : Oui

Curateur-trice ou éventuelle personne de contact : Nom, prénom, adresse, n° fixe et portable

.....
.....

Pour les enfants mineurs : représentant-e légale

Nom Prénom

Adresse si différente de l'enfant

N° fixe et portable

Transmission des documents souhaitée et autorisée : par voie électronique par courrier postal

J'ai pris connaissance du fait que les données ou résultats de mes antécédents médicaux, y compris les radiographies, photos ainsi que leurs copies ou imprimés peuvent être échangés. Ceci à des fins informatives ou de clarification avec mon médecin traitant ou toutes autres personnes ou institutions médicales soumises au secret médical telles que les assurances, etc. ... Vos données nécessaires à la facturation, au recouvrement et à la comptabilité peuvent également être transmises aux institutions concernées.

Lieu et date : Signature :

ANAMNESE MEDICALE

L'anamnèse médicale nous permet de vous soigner en adaptant notre traitement d'hygiéniste en fonction de vos différentes pathologies ou différents besoins spécifiques.

Toutes les indications figurant ci-dessous font partie du secret médical.

Nom, prénom _____

Date de naissance _____

Médecin traitant _____ Médecin dentiste _____

- Prenez-vous des médicaments de façon régulière ? SI OUI, lesquels ?
 Non Oui
- Prenez-vous des bisphosphonates (injection contre l'ostéoporose) ? SI OUI, sous quelle forme ?
 Non Oui
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :
Diabète : Non Oui
Epilepsie : Non Oui
Troubles hépatiques ou rénaux : Non Oui
Maladies respiratoires : Non Oui
Cancer : Non Oui
Rhumatisme, inflammation des articulations : Non Oui
Maladies cardio-vasculaires : Non Oui
- Êtes-vous greffé ? SI OUI, de quel organe ?
 Non Oui
- Êtes-vous porteur d'une prothèse articulaire ? SI OUI, quelle articulation et date de l'opération :
 Non Oui
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment ? SI OUI, laquelle et quand ?
 Non Oui
- Souffrez-vous d'allergie ?
 Non Oui
- Êtes-vous atteint d'une maladie transmissible telle que :
 HIV SIDA HEPATITE TUBERCULOSE AUTRES
- Fumez-vous ? Non Oui
- Prenez-vous ou avez-vous déjà consommé des produits stupéfiants ? Non Oui
- Êtes-vous enceinte ? Non Oui

Nous vous rendons attentif sur le fait que certaines anciennes obturations : amalgames, composites et couronnes peuvent parfois se décoller. Si cela arrive pendant le détartrage c'est parce que le joint n'était plus adéquat. Cela ne peut être dû au traitement de l'hygiéniste dentaire.

Absences non excusées 24h minimum avant le traitement : absences non excusées nous nous réservons le droit de facturer votre absence.

En signant cette anamnèse médicale et ce consentement vous atteste et confirmez que toutes vos informations sont exactes et complètes.

Lieu et dateSignature :