

Questionnaire Médical

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

N° de Téléphone: _____ Email: _____

Profession: _____

Nom du médecin traitant ou spécialiste(s): _____

Adressé par: _____

Date du dernier contrôle dentaire: _____



Quel est le motif de la consultation?

Avez vous des douleurs ? Oui Non

Si oui ? à la pression à la mastication au chaud au froid

Êtes vous satisfait de votre sourire ? Oui Non

Pourquoi ? _____

Avez vous des problèmes de santé ? Si oui, lesquels ?

Avez vous déjà eu une opération ? Si oui, laquelle/Lesquelles ?

Êtes vous traité pour chimiothérapie ou radiothérapie? Oui Non

Êtes vous sous traitement médicamenteux ? Oui Non

Si oui, précisez quels médicaments :

Prenez-vous ou avez-vous eu un traitement par biphosphonates par le passé ? Oui Non

Par exemple: Alendronate, Fosamax, Fosavance, Risédronate, Actonel, Zolédronate, Aclasta, Ibandronate, Bonviva

Fumez vous ? Oui Non

Si oui, combien par jour ? _____

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui ? Antibiotiques Iode Latex Anesthésie Autres

Pour les femmes: Etes-vous enceinte ou allaitante? Oui Non

"Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite"

Date :

Signature: