

## Fiche de renseignements

**À remplir et à rendre avant la visite, s'il vous plaît**

Nom, prénom	Date de naissance
Adresse:	Tél.
Code postal/ Ville:	Profession :
Caisse d'assurance-maladie	
Assurance complémentaire	
Pour les patients privés, adresse de facturation:	
<b>Dentiste</b>	

**Pour rendre possible un bon traitement, je vous demande de bien vouloir compléter les renseignements suivants:**

**Cochez, s.v.p.**

		oui	non
1. Portez-vous un pacemaker?			
2. Souffrez-vous d'inflammations ou de saignements des gencives?			
3. Avez-vous eu ou souffrez vous d' une des maladies suivantes?			
a.) Asthme			
b.) Réactions allergiques ou intolérance aux médicaments si oui , lesquels:			
c.) Hypertension			
d.) A.V.C. (attaque cérébrale, paralysies)- si oui, quand :			
e.) Infarctus (du myocarde), si oui, quand :			
f.) Jaunisse, maladies du foie (hépatite A, B, C, D) si oui laquelle forme :			
g.) Diabète si oui, insulino-dépendant ?			
h.) Rhumatismes			
i.) VIH séropositif/-ve/ SIDA			
4. Souffrez-vous de maladies sanguines ou de coagulation de sang? (Prenez- vous régulièrement l'Aspirin ou un ' autre anti-coagulant?)			
5. Souffrez-vous actuellement d' autres maladies? si oui- lesquelles:			
6. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? si oui- lesquels:			
7. Possédez-vous un passeport cardiaque ?			
8. Possédez-vous un passeport radiographique ?			
9. Quand avez-vous subi votre dernière examen radiologique dentaire ?			
<b>10. Pour les femmes : Êtes- vous enceinte?</b>			
non	incertain :	oui:	quel mois :

Date :

Signature du patient/du représentant légal: