

Questionnaire médical du patient

Nom de famille: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ Nationalité: _____
 Pays/Ville d'origine: _____
 Connaissances linguistiques: _____

Uniquement pour les mineurs

Tuteur/Tutrice légal(e)

Nom de famille: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ Nationalité: _____

Coordonnées

Numéro de téléphone / portable: _____
 E-Mail: _____
 Adresse actuelle (rue/n°/ville): _____
 Tél. de l'interprète/traducteur: _____

Veuillez répondre aux questions suivantes sur votre santé aussi précisément que possible!

Les données sont soumises au secret médical et aux dispositions de protection des données.

Maladies cardiaques / vasculaires	☐ oui	☐ non
Troubles de la coagulation	☐ oui	☐ non
Épilepsie (crises)	☐ oui	☐ non
Asthme / maladies pulmonaires	☐ oui	☐ non
Évanouissements	☐ oui	☐ non
Diabète	☐ oui	☐ non
Maladies hépatiques / Hépatite	☐ oui	☐ non
Maladies rénales	☐ oui	☐ non
Rhumatisme / Arthrite	☐ oui	☐ non
Maladies de la thyroïde	☐ oui	☐ non
Tuberculose	☐ oui	☐ non
Infection au VIH / SIDA	☐ oui	☐ non
Maladies infectieuses (MRSA)	☐ oui	☐ non
Dépendance aux drogues	☐ oui	☐ non
Fumeur/euse	☐ oui	☐ non

Êtes-vous enceinte? ☐ oui ☐ non

Si oui, à quel mois? mois

Autres maladies: ☐ oui ☐ non

Allergies et intolérances:

Anesthésie locale / injections ☐ oui ☐ non

Antibiotiques ☐ oui ☐ non

Analgésiques ☐ oui ☐ non

Autre: _____

Des radiographies dentaires ont-elles déjà été réalisées? ☐ oui ☐ non

Si oui, quand? _____

Avez-vous des difficultés à mâcher à cause de dents manquantes? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste? ☐ oui ☐ non

Si oui, quel médecin? _____

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou actuellement? _____ depuis _____

_____ depuis _____

_____ depuis _____

_____, date _____ Signature: _____