

DONNÉES PERSONNELLES (merci de remplir en MAJUSCULES)

Nom, prénom : **Email**

Né(e) le : Du responsable si le patient est mineur
N° tél (maison).....

Adresse : N° tél (natel du **responsable**).....

NPA :Localité : N° tél (natel du **patient**).....

Représentant(e) légal: Mère/Père Autre..... Tuteur/tutrice

Assurance maladie : Numéro d'AVS :

Assurance complémentaire pour soins orthodontiques : OUI NON

Êtes-vous au bénéfice d'allocations ou d'aides sociales pour les soins dentaires? Non Oui (merci de préciser ci-dessous)

PC/AVS PC Familles CSR..... OPRM(SPJ).....

Personne de contact dans le service social.....

ANAMNÈSE GÉNÉRALE

Médecin traitant :

Médecin-dentiste traitant :

Je vous autorise à échanger les radiographies et rapports avec le/la médecin-dentiste indiqué(e) ci-dessus OUI NON

	OUI	NON
• Avez-vous des problèmes de santé ? Si oui, pour quel motif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous allergique à certaines substances ? Si oui, lesquelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des problèmes de croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ? (cochez ce qui convient)		
o Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de l'estomac ou de l'intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie du nez/gorge/oreilles (ORL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Déficit immunitaire (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie chronique ou de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu un traumatisme facial ou dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ménorrhée ? (=menstruations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous enceinte ? Si oui, depuis combien de temps ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu, date

Signature :

admin/anamnèse

À défaut de paiement de la (les) factures(s) à l'échéance fixée, j'autorise le Dr Carlos SUÁREZ à transmettre mon dossier à la CAISSE JURIDIQUE SUISSE pour le recouvrement de la ou des factures impayées, les délève du secret médical et m'engage à régler la somme de CHF 150.00 à titre d'indemnité de retard.