

DONNÉES PERSONNELLES (merci de remplir en MAJUSCULES)

Veuillez consulter notre site internet pour connaître notre politique en matière de confidentialité

NOM, prénom : **email**

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

Adresse :.....n° 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/AI PC Familles CSR..... OPRM(SPJ).....

Personne de contact dans le service social :

Médecin traitant.....Médecin-dentiste traitant :

ANAMNÈSE GÉNÉRALE

	OUI	NON
• Avez-vous des problèmes de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?		
• Prenez-vous des médicaments ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		
• Êtes-vous allergique à certaines substances ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?.....		
• Êtes-vous fumeur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ronflez-vous plus de la moitié du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des problèmes de croissance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous eu une réaction anormale à une anesthésie locale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ? (Cochez ce qui convient)		
<input type="checkbox"/> Maladie du sang		<input type="checkbox"/> Maladie des poumons
<input type="checkbox"/> Maladie du foie		<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Hépatite B ou C		<input type="checkbox"/> Rhume des foins
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire		<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Maladie de la peau		<input type="checkbox"/> Maladie des yeux
<input type="checkbox"/> Maladie de l'estomac ou de l'intestin		<input type="checkbox"/> Maladie du nez/gorge/oreilles (ORL)
<input type="checkbox"/> Maladie des reins		<input type="checkbox"/> Déficit immunitaire (VIH)
<input type="checkbox"/> Epilepsie		<input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique
<input type="checkbox"/> Rhumatismes		<input type="checkbox"/> Maladie ostéo-articulaire
<input type="checkbox"/> Diabète		<input type="checkbox"/> Maladie chronique ou de longue durée
<input type="checkbox"/> Maladie de la glande thyroïde		<input type="checkbox"/> Autre.....
• Avez-vous déjà eu un traumatisme facial ou dentaire ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous enceinte ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, depuis combien de temps ?.....		

Je vous autorise à échanger les radiographies et rapports avec moi, le/la médecin-dentiste indiqué(e) ci-dessus et les laboratoires dentaires avec le cryptage standard du four de messagerie. Notre politique en matière de confidentialité est disponible sur notre site internet.

OUI NON

LIEU, DATE:

SIGNATURE :

À défaut de paiement de la (les) facture(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 délites de secret médical et m'engage à régler la somme de CHF 150.00 à titre d'indemnité de retard.