



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT *(Confidentiel)*

NOM : Prénom :
NOM de jeune fille : Date de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél domicile : Tél Portable :
Votre profession : Email :
Votre Poids : Votre Taille :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE CABINET *(Cocher votre réponse merci)*

☐ Par un Parent ☐ Par un Ami ☐ Par un Docteur ☐ Par l'Annuaire ☐ Autre :
Qui ? Qui ? Qui ?

POURQUOI AVEZ-VOUS PRIS RDV AUJOURD'HUI ? *(Cocher votre réponse merci)*

☐ Contrôle ☐ Détartrage ☐ Devis ☐ Extraction ☐ Dents ou gencives sensibles ☐ Douleur ☐ Carie
☐ Dent fracturée ☐ Prothèse Dentaire ☐ Plombage brisé ☐ Implant ☐ Autre

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE ?

.....

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS ? *(Important)*

☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?
.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES *(Cocher votre réponse merci)*

Etes-vous fumeur(se) ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, combien de cigarettes /jour ?
Madame êtes-vous enceinte ? ☐ OUI ☐ NON Allaitiez-vous ? ☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? ☐ OUI ☐ NON Si oui lequel ?
Nom et adresse de votre Médecin traitant :
.....
Date : Signature :

