Dr. Wolfgang Schmid / Dr. Susanne Strauch
www.zahnarztpraxis-forstenried.de

Formulaire d'anamnèse

Chère patiente, cher patient,

nous vous souhaitons la bienvenue.

Nous vous prions de bien vouloir remplir attentivement le questionnaire. Bien évidemment, ces données relèvent du secret professionnel. Dans le cas d'un changement quelconque, nous vous prions de nous le faire savoir immédiatement. En nous donnant votre carte d'assurance, vous acceptez que les données soient sauvegardées pour vos soins dentaires dans le système électronique de notre cabinet.

J'assure avoir lu les informations concernant le traitement des données. **Encore une information concernant l'organisation.** Notre cabinet ne prend que sur rendez-vous. Ce temps vous est donc personnellement réservé. En cas d'empêchement, nous vous prions d'annuler le rendez-vous au moins 24heures avant. Une non-annulation entraînant pour nous une perte financière d'environ 300 euros de l'heure, nous nous réservons le droit **de percevoir un dédommagement**.

J'accepte que le docteur W.Schmidt et le docteur S.Strauch se remplacent mutuellement dans le traitement
oui ☐ non ☐

Renseignements personnels

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille Prénom Date de naissance

Adresse (rue + numéro) Code postal + lieu

Numéro du téléphone fixe / du portable Adresse E-mail @

Profession Numéro de téléphone de l'employeur

Nom de l'assurance maladie

Asssurance générale ☐ Assurance privée ☐ Assurance complémentaire ☐

Si vous n'êtes pas vous-même l'assuré(e), qui est l'assuré(e)?

Nom de famille Prénom Date de naissance

Adresse (rue + numéro) Code postal + lieu

Données générales (Veuillez cocher la case qui convient **)**

Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui ☐ non ☐

lesquels:

Avez-vous des allergies? oui ☐ non ☐ Un carnet? oui ☐ non ☐

lesquelles

des problèmes cardiaques et circulatoires oui ☐ non ☐ hypertension ☐ hypotension ☐

une maladie infectieuse (tuberculose, sida, hépatite, etc…. oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement de la glande thyroïde oui ☐ non ☐

Maladie neurologique (épilepsie, crampes, etc.) oui ☐ non ☐

Souffrez-vous d'une maladie sanguine?d'hémophilie? oui ☐ non ☐

Diabète oui ☐ non ☐ Ostéoporose/ traitement avec les bisphosphonates oui ☐ non ☐

Maladie cardiaque (stimulateur cardiaque) oui ☐ non ☐ Tendance aux évanouissements oui ☐ non ☐

Êtes-vous enceinte oui ☐ non ☐

Autres maladies oui ☐ non ☐ _____

De quand date la dernière radiographie des dents? _____

Etes-vous fumeur? oui ☐ non ☐

Voulez-vous que nous vous rappelions régulièrement les dates de contrôle et de nettoyage des dents?
oui ☐ non ☐

Si oui, par lettre ☐ SMS ☐ E-Mail ☐

Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui?

Vous venez sur le conseil de _____ Vous avez trouvé notre cabinet sur _____

google ☐ Jameda ☐ autres sources ☐

Attention!

Les injections pour anesthésie locale peuvent affecter la conduite en voiture.

Date_____ Signature_____