

Renseignements sur le patient



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

Nom:
prénom du patient:
adresse:
né(e) le:
E-mail:
Profession/employeur:
Nom:
Adresse:

Berger Straße 40–42
60316 Frankfurt
Telefon 069 444996
Fax 069 43054751

Téléphone (privé) :
(au travail):
Téléphone :
Médecin de famille :

Veillez répondre précisément aux questions suivantes concernant votre état de santé ! Toutes les indications sont soumises au secret professionnel et aux dispositions sur la protection des données et seront traitées de façon strictement confidentielle.

Maladies cardio-vasculaires :

Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Hypertension	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme / maladies pulmonaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Hypotension	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Valvulopathie cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diabète / diabète sucré	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Remplacement valvulaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Toxicomanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladies nerveuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Endocardite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Néphropathie (maladies des reins)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Intervention cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pertes de connaissance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Neutropénie à haut risque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Tabagisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rhumatisme / arthrite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transplantation d'organes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transplantation de cellules souches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres maladies:		

Maladies infectieuses :

Infection par le VIH / SIDA déclaré oui non
Hépatopathie / hépatite oui non
Tuberculose oui non
Autres maladies infectieuses oui non

Allergies ou intolérances :

Anesthésie locale / piqûres oui non
Antibiotique oui non
Antalgiques oui non
Métaux :

Êtes-vous enceinte ? oui non
Si oui, à combien de mois de grossesse en êtes-vous ?
..... mois

Est-ce que des radiographies de vous oui non
ont déjà été faites chez votre dentiste ?
Si oui, quand ?

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou actuellement ? depuis

Prenez-vous du bisphosphonate ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	depuis
Suivez-vous une chimiothérapie médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	depuis
Suivez-vous une radiothérapie pour traiter un cancer ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	depuis
Prenez-vous des stéroïdes / immunosuppresseurs à forte dose ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	depuis

Je me déclare d'accord avec l'enregistrement, le traitement et l'exploitation électroniques de mes données personnelles dans un système appelé Recall-System.

Je m'engage à communiquer immédiatement tout changement pouvant intervenir au cours de la période de traitement. De plus, je m'engage à observer les séances de traitements convenues ou à les annuler au moins 24 heures avant la date fixée. J'ai connaissance que les rendez-vous qui n'ont pas été annulés, ou qui ne l'ont pas été à temps, peuvent être facturés.

J'accepte, en cas de nécessité de soins dentaires plus importants ou d'interventions dentaires impliquant le paiement d'avance par mon (ma) dentiste du technicien-dentiste, de solliciter, au besoin, auprès d'une agence de renseignements ou d'une institution de protection du crédit, une demande de crédit.

....., le

Signature: