

Fiche d'Anamnèse

Votre état de santé peut affecter les traitements dentaires. Nous vous prions donc de remplir ce questionnaire. Vos informations seront traitées de manière strictement confidentielle et soumises à la confidentialité.

Détails personnels: ☐ Mme ☐ M

Nom	_____	Tél. privé	_____
Prénom	_____	Tél. entreprise	_____
Rue & no	_____	Tél. mobile	_____
Code postal, ville	_____	Adresse e-mail	_____
Date de naissance	_____	Emploi	_____
Assurance de maladie	_____	Numéro d'assurance	_____
Nationalité	_____	Recommandé par	_____

Souhaitez-vous des estimations des coûts et des factures par e-mail? oui ☐ non ☐

Obtenez-vous de l'aide:

☐ Prestation complémentaire ☐ aide sociale ☐ aucune aide

Représentant légal/représentants légaux: ☐ Mme ☐ M

Nom/prénom	_____	Tél. privé	_____
Rue & no	_____	Tél. entreprise	_____
Code postale, ville	_____	Tél. mobile	_____

☐ Médecin de famille ☐ Médecin traitant ☐ Pédiatre

Nom/prénom	_____	Tél.	_____
Rue & no	_____	Code postal, ville	_____

Questions sur l'état de la santé

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - En ce moment, sentez-vous en parfaite santé | ☐ | ☐ |
| - Avez-vous reçu un traitement médical récemment ou suivez-vous actuellement un traitement médical? | ☐ | ☐ |
| Si oui, à cause de quelles maladies? _____ | | |
| - Avez-vous déjà eu des opérations? Si oui, lesquels? _____ | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| - Prenez-vous actuellement des médicaments régulièrement? | ☐ | ☐ |
| Si oui, lesquels? _____ | | |
| _____ | | |
| - Souffrez-vous de maladies cardiovasculaires, si oui marquer avec une croix. | ☐ | ☐ |
| ☐ hypertension artérielle | ☐ | ☐ |
| ☐ angine de poitrine | ☐ | ☐ |
| ☐ Crise cardiaque | ☐ | ☐ |
| ☐ accident vasculaire cérébral | ☐ | ☐ |
| ☐ Défaut de la valve cardiaque, valve cardiaque artificielle | ☐ | ☐ |
| ☐ Inflammation de la paroi interne du coeur (endocardite) | ☐ | ☐ |
| | | ./. |



CENTRELLA ZAHNÄRZTE

	oui	non
- Prenez-vous des anticoagulants? Si oui, lesquels? _____	☐	☐
- Souffrez-vous d'une maladie du sang?	☐	☐
☐ Trouble de la coagulation (hémophilie)		
☐ Anémie		
- Avez-vous un passeport anticoagulant?	☐	☐
- Souffrez-vous d'une maladie métabolique?	☐	☐
☐ Maladie thyroïdienne ☐ Diabète		
☐ Autres: _____		
- Avez-vous des allergies? Avez-vous une carte d'allergie?	☐	☐
☐ Rhume des foins ☐ Asthme		
☐ Allergie à la pénicilline ☐ Autres: _____		
- Réagissez-vous hypersensible à:		
☐ Seringues ☐ Médicaments		
☐ Solutions de rince-bouche ☐ Aliments		
- Prenez-vous des bisphosphonates (par exemple pour l'ostéoporose)?	☐	☐
- Portez-vous des prothèses articulaires, des stimulateurs cardiaques ou d'autres implants?	☐	☐
Si oui, lesquels et depuis quand? _____		
- Avez-vous déjà eu:	☐	☐
☐ Une inflammation du sinus maxillaire?		
☐ Rhumatisme, gonflement des articulations? _____		
☐ Chimiothérapie, pourquoi? _____		
☐ Irradiation, où? _____		
☐ Trouble hormonal?		
☐ Tuberculose?		
☐ Maladie d'organe (poumons, foie, reins, etc.)?		
☐ Une autre maladie grave, si oui laquelle? _____		
- Est-ce qu'il y a actuellement une grossesse? Quelle semaine? _____	☐	☐
- Avez ou avez déjà eu une hépatite?	☐	☐
si oui, lequel? A ☐ B ☐ C ☐		
- Êtes-vous séropositif? (SIDA)?	☐	☐
- Est-ce que vous fumez ou est-ce que vous avez fumé? Combien? _____	☐	☐
- Consommez-vous des drogues?	☐	☐

Je confirme par la présente avoir répondu à toutes les questions de manière honnête et complète.

Date _____ Signature _____