CENTRELLA ZAHNÄRZTE

## Fiche d'Anamnèse

Votre état de santé peut affecter les traitements dentaires. Nous vous prion 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 penicilline ☐ 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, laquel? A ☐ B ☐ C ☐ | ☐ | ☐ |
| - Ètes-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 _____