



Docteur Géraldine BONTEMPS  
Docteur Jean-Christophe DUBOIS  
1 Rue Aimé Mugnier  
Seynod - Vieugy  
74600 ANNECY

### **Renseignements personnels**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'assurance Maladie :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Raison de votre visite :

Adressé par :

J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du *Cabinet Dentaire du Semnoz*.

Signature :

date :

## Questionnaire médical

Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Prenez-vous des médicaments ?      oui    non      Si oui le(s)quel(s) ? :

Avez-vous des problèmes de santé ?    oui    non      Si oui, le(s)quel(s) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiaques (Valvulopathies, infarctus, angine de poitrine) | <input type="checkbox"/> Vasculaires (Hypertension, phlébite)              |
| <input type="checkbox"/> Sanguins (Anémie, troubles de la coagulation, hémophilie)  | <input type="checkbox"/> Rénaux  |
| <input type="checkbox"/> Maladies osseuses (ostéoporose)                            | <input type="checkbox"/> Digestifs (Ulcères, reflux, troubles intestinaux) |
| <input type="checkbox"/> Broncho-pulmonaires (Asthme, bronchites chroniques)        | <input type="checkbox"/> Hépatiques (Cirrhose, hépatites)                  |
| <input type="checkbox"/> Neurologiques (Migraine, convulsions, épilepsie, AVC)      | <input type="checkbox"/> Psychiatriques (Psychose, dépression, éthylisme)  |
| <input type="checkbox"/> Hormonaux (diabète, thyroïde, hormone de croissance)       | <input type="checkbox"/> Ophtalmologiques                                  |
| <input type="checkbox"/> ORL (sinusite)   | <input type="checkbox"/> Infectieux (SIDA, hépatite)                       |

### Antécédents médicaux :

Etes-vous allergique à certains médicaments ? oui    non  
Si oui le(s)quel(s) ?

Avez-vous eu une radiothérapie ou une chimiothérapie ?  
Si oui, pourquoi et quand :

Avez-vous été hospitalisé récemment ou subi des interventions chirurgicales ?

Si oui, pourquoi :

Etes-vous enceinte ?      oui    non      date de terme :

Allaitiez-vous ?      oui    non

Craignez-vous les traitements dentaires ?      oui      non

Commentaires :

Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite.

Signature :

date :