

HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Mme Melle M. NOM:..... Prénom:.....
Adresse:..... Code Postal: Ville:
Téléphone fixe:..... Portable:
Date de naissance:...../...../..... Profession:.....
N° Sécurité Sociale.....
Etes vous bénéficiaire de l'aide médicale gratuite (CMU) ? Oui Non
Quel est votre régime général (CPAM, MSA, MGEN...)?.....
Quel est votre mutuelle complémentaire?.....
Comment avez-vous connu le cabinet ?.....

HISTORIQUE MEDICAL

Avez-vous des problèmes de santé particulier?..... Oui Non
Si oui, lesquels:.....
Avez-vous déjà eu un saignement anormal lors d'une intervention ou d'un accident?... Oui Non
Avez-vous subi un traitement par radiations (autre que radiographique)?..... Oui Non
Prenez-vous des médicaments en ce moment?..... Oui Non
Si oui, lesquels :
.....
Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments?..... Oui Non
Si oui, lesquels:
.....
Êtes-vous fumeur?..... Oui Non
Si oui, nombres de cigarettes par jour:

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici:
Madame, Mademoiselle, si vous êtes-vous enceinte, pensez à le signaler.

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire?.....
Lors de cette visite, avez-vous eu un panoramique dentaire ? (radio de toutes les dents) Oui Non
Avez-vous les gencives qui saignent? Jamais De temps en temps Souvent
Pour quel motif consultez-vous aujourd'hui?.....
Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières?
.....

Angers, le...../...../.....

Signature: