QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL DR GEORGET

NOM : **PRENOM :** **NE LE :**
ADRESSE :
CODE POSTAL : **VILLE :**
TEL :
PROFESSION : **MAIL :**

Médecin généraliste actuel : Dentiste habituel :

Par qui êtes-vous adressé au cabinet ?

Quel est l'objet de votre consultation ?

Appréhendez-vous les soins dentaires :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout Beaucoup

Avez-vous des problèmes de santé ? Lesquels ?

Quels médicaments prenez-vous actuellement / pour quelle raison ?

<u>Avez-vous des allergies :</u>

- Médicaments : oui / non A quoi ?
- Autres : oui / non A quoi ?

Etes-vous fumeur : oui/non depuis quand ? Nombre par jour :

<u>Avez-vous eu, ou avez-vous :</u>

Une maladie cardiaque : oui / non Séropositivité : oui / non

Une radiothérapie : oui / non Une chimiothérapie : oui / non

Des troubles de la tension : oui / non Du diabète : oui / non

Avez-vous déjà eu un traitement pour l'ostéoporose : oui / non

Êtes-vous enceinte ? oui / non Allaitement : oui / non

Votre moyen de contraception :

Avez-vous d'autres problèmes particuliers à signaler ?

Date : Signature :