



AMANDINE PARA

Implantologie ▲ Parodontologie
Laser ▲ CFAO

Questionnaire Médical

Mme Mr Melle

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Code postal : _____ Ville: _____ e-mail : _____

Dentiste traitant : _____

Vous êtes adressé par: _____

Avez vous des problèmes de santé ?

oui non ?

Suivez vous un traitement médical ? oui non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui non

- si oui, lesquels ? _____

Ne supportez-vous pas certains médicaments ? oui non

- si oui, lesquels ? _____

Etes-vous sujet à des réactions allergiques ? oui non

Souffrez-vous ou avez-vous eu un/des problème/s de santé cité/s ci-dessous :

	oui				oui		
Coeur (Infarctus, Angine de poitrine)				Foie (ex. Ictère)			
Hypertension				Migraine			
Hypotension				Rhumatisme			
Accident Vasculaire Cérébral				Asthme			
Anémie				Nerf			
Rein				Convulsions			
Diabète				Thyroïde			
Maladie infectieuse				Ostéoporose			
Tuberculose, Hépatite, SIDA				Médication avec bisphosphonate			

Avez vous les gencives qui saignent au brossage?

Fumez vous ? oui non combien ___/jours depuis quand ? _____

Madame, Mademoiselle, êtes vous enceinte oui non depuis quand ? _____

Motif de votre consultation : _____

Questionnaire rempli le ___ / ___ / ____

Signature :