

# Cabinet dentaire du docteur Pierre CRIGNON

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Une maladie même ancienne peut avoir une incidence sur votre bouche et sur les traitements envisagés.  
Ce questionnaire nous permettra de mieux vous connaître pour mieux vous soigner.

Ces informations strictement confidentielles sont réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

Melle       Mme       M.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tel. domicile : \_\_\_\_\_ Tel. portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu le cabinet ? \_\_\_\_\_

Quel est l'objet de votre consultation ?

Contrôle     détartrage     Douleur     Caries     Esthétique     prothèse dentaire

Autre :

Avez-vous des problèmes de santé, si oui, lesquels ?

Prenez-vous des médicaments, si oui, lesquels ?

Avez-vous subi ou allez vous subir une intervention chirurgicale, si oui, précisez :

Renseignements complémentaires

Diabète     fumeur     allergies     grossesse     HIV     Hépatite     Ostéoporose

Autre :

Avez-vous des informations ou des demandes importantes à nous communiquer, si oui, lesquelles ?

Réservé au Praticien

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, je m'engage à en informer le docteur CRIGNON avant le rendez-vous suivant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :