



QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE

Nom :

Prénom :

Quel est le motif de votre rendez-vous ?

Coordonnées du médecin traitant :

Antécédents médicaux et chirurgicaux / Pathologies actuelles :

Avez-vous des allergies à certains produits ou médicaments ?

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels (+ joindre ordonnance)

Prenez- vous les médicaments suivants ?

- Biphosphonates
- Corticoïdes
- Anti-agrégant plaquettaire

Êtes-vous :

- Enceinte
- Fumeur : depuis combien de temps / combien de cigarettes par jour

- Diabétique
- Hémophile
- Atteint de déficience immunitaire
- Détenteur d'une ALD (affection longue durée)

- Je saigne au brossage
- Je grince des dents
- Êtes-vous satisfait de votre sourire ? De vos prothèses actuelles ? Qu'aimeriez-vous changer, améliorer ?