

Feuille d'anamnèse

Votre état de santé peut avoir une influence sur le traitement dentaire. De ce fait nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Toutes vos données seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises au secret médical.

| | | | |
|---------------------------|---|----------------------|-------|
| Patiente / Patient | <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur | Adresse électronique | _____ |
| Nom | _____ | Tél. privé | _____ |
| Prénom | _____ | Tél. professionnel | _____ |
| Adresse | _____ | Nr. portable | _____ |
| Code Postal, Ville | _____ | Nationalité | _____ |
| Date de naissance | _____ | Profession | _____ |

| | | | |
|-------------------|--|--------------------------------------|--|
| Assurances | <input type="radio"/> Assurance maladie: | <input type="radio"/> Complémentaire | <input type="radio"/> Assurance accidents: |
| Nr. _____ | _____ | soins dentaire | _____ |

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Percevez-vous un soutien financier? | <input type="radio"/> Ergänzungsleistung (Prestations complément.) | <input type="radio"/> Sozialhilfe (Aide sociale) | <input type="radio"/> Aucun soutien? |
|--|--|--|--------------------------------------|

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------|-------|
| Représentant/e légal/e | <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur | | |
| Nom, Prénom | _____ | Tél. privé | _____ |
| Adresse | _____ | Tél. professionnel | _____ |
| Code postal, Ville | _____ | Nr. portable | _____ |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> Médecin de famille | <input type="radio"/> Médecin traitant | <input type="radio"/> Pédiatre | |
| | <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur | | |
| Nom, Prénom | _____ | Tél. professionnel | _____ |
| Adresse | _____ | Nr. portable | _____ |
| Code postal, Ville | _____ | | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------|-------|
| Dentiste secteur privé | <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur | | |
| Nom, Prénom | _____ | Tél. professionnel | _____ |
| Adresse | _____ | Nr. portable | _____ |
| Code postal, Ville | _____ | | |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Motif de votre visite: | _____ |
|-------------------------------|-------|

| | | |
|---|--------------------|-------|
| Quel médecin ou dentiste vous a adressé/e à notre clinique? | Nom, Prénom | _____ |
| | Adresse | _____ |
| | Code postal, Ville | _____ |

Questionnaire sur votre état de santé

| | |
|---|---|
| 01. Etes-vous sous traitement médical ou avez-vous dernièrement suivi un traitement médical? Si oui, pour quelles maladies ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 02. Avez-vous déjà subi des opérations ? Si oui, lesquelles? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 03. Avez-vous ou aviez-vous une hépatite (jaunisse, inflammation/infection du foie)? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|

| | |
|--|---|
| 04. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Prenez-vous des Bisphosphonates (par ex. en traitement de l'ostéoporose)? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|

| | |
|--|---|
| 05. Souffrez-vous de maladies cardiovasculaires ? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|--|---|

- Hypertension/hypotension Angine de poitrine
 Infarctus du myocarde Attaque cérébrale
 Lésion valvulaire, valvule artificielle Endocardite

06. Etes-vous **séropositif/ve**? Oui Non
07. Souffrez-vous d'une **maladie du sang**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non
 Hémophilie Anémie
 Prenez-vous des **médicaments anticoagulants**? Oui Non
08. Souffrez-vous de **troubles du métabolisme**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non
 Maladie de la glande thyroïde Diabète
 Autres: _____
09. Souffrez-vous d'**allergies**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non
 Rhume des foins Asthme Autres: _____
 Souffrez-vous d'une hypersensibilité:
 Aux injections? À des médicaments?
 Aux solutions buccales? À des aliments?
10. Avez-vous déjà eu par le passé:
 Une sinusite maxillaire? Chimiothérapie? Pourquoi? _____
 Des rhumatismes, des gonflements articulaires? _____
 Des troubles digestifs? Radiothérapie? Où? _____
 Des dysfonctionnements hormonaux? Une autre maladie grave?
 Une tuberculose? Si oui, laquelle? _____
 Une maladie pulmonaire, rénale, du foie? _____
11. Etes-vous actuellement **enceinte**? De combien de semaines? _____ Oui Non
12. Avez-vous des **prothèses articulaires**, un **pacemaker** ou d'**autres implants**? Oui Non
 Lesquels? _____
13. Etes-vous fumeur ou l'avez-vous été? Oui Non
 Que fumiez-vous? _____ Quelle quantité? _____
14. Souffrez-vous de **mauvaise haleine**? Oui Non
15. Etes-vous en possession d'une **protection dentaire** que vous portez régulièrement lors d'activités sportives? Oui Non
 Avez-vous eu récemment un **accident dentaire**? Oui Non

J'ai pris **connaissance** du fait que les données ou résultats de mes antécédents médicaux y compris les radiographies, les photos ainsi que leurs copies ou leurs imprimés pourront être échangés à des fins informatives ou de clarification avec mon médecin traitant ou avec toute autre personne ou institution soumises au secret médical telles que les assurances etc. J'ai également pris note que les données nécessaires à la facturation, au recouvrement et à la comptabilité pourront être transmises aux institutions concernées.

Date:

Signature:

Je suis **d'accord**, qu'une anesthésie locale me soit si nécessaire administrée. J'ai été **dument informé(e)**, qu'à la suite d'une anesthésie locale des irritations au niveau de la mâchoire inférieure ainsi qu'à la langue (engourdissement persistant, fourmillement) peuvent survenir et que ceux-ci disparaissent en règle générale. J'ai pris connaissance, en tant que participant(e) à la circulation routière que le risque d'accident est accru durant plusieurs heures après une intervention chirurgicale dentaire sous anesthésie locale.

Date:

Signature:

Je suis **d'accord**, que toute donnée me concernant, tout prélèvement de tissus organiques et toute dent extraite pourront être utilisés pour la recherche médicale en respectant strictement la confidentialité et l'anonymat. Toujours sous le sceau de la confidentialité des données pourront également être consultées à des fins de vérifications et/ou de contrôles par les autorités compétentes ou par la Commission d'Ethique du Canton. A cette fin les Médecins-Dentistes sont libéré(e)s de leur devoir de discrétion. Je peux toutefois me rétracter à tout moment (droit de veto), sans que cela ne me porte préjudice.

Date:

Signature: