

Questionnaire Confidentiel de Première Consultation

Nom et Prénom du patient Mr .Me .Mlle

Adresse.....

Code Postal Ville

Tel Domicile Tel Bureau..... Tel Portable

Date de naissance/...../..... Profession

Adressé(e) et / et ou recommandé(e) par :

Un parent Annuaire téléphonique

Un ami Site Internet

Un médecin

Etes-vous personnellement assuré(e) ? OUI NON

Si NON : Nom et Prénom de l'assuré(e)

Numéro de sécurité sociale/...../...../...../...../...../.....

Motif(s) de consultation : (Mettre une X devant votre choix)

Bilan / Contrôle	Soin	Prévention	Prothèse
Information	Carie	Dent de sagesse	Couronne
Conseil	Abcès	Dent de Lait	Bridge
Devis	Fracture	Extraction	Facette
Douleur	Gencive	Articulation	Esthétique
Saignement	Blanchiment	Haleine	Orthodontie
Implant	Sourire	Traumatisme	
Autres motifs.....			

Date de votre dernière consultation dentaire :

Quels sont vos jours et heures de préférence pour vos rendez-vous :

Afin d'assurer le suivi de votre santé bucco-dentaire, souhaitez-vous être contacté par nos soins pour organiser vos rendez-vous de maintenance : OUI NON

Questionnaire Médical : OUI NON OUI NON

Troubles cardiaques	Troubles glandulaires
Troubles vasculaires sanguins	Troubles posturaux
Troubles rénaux	Allergies
Troubles digestifs	HIV
Troubles hépatiques	Hépatite A B C
Troubles pulmonaires	Saignez-vous du nez
Troubles nerveux	Etes-vous suivi par un médecin
Troubles cutanés	Fumez-vous plus de 5 cigarettes par jour
Grossesse	Prenez-vous des médicaments

Dans l'affirmative, veuillez préciser votre traitement

Autres informations concernant votre santé

Merci du soin avec lequel vous avez bien voulu remplir ce questionnaire.

Je m'engage à informer le Docteur Claude-Alain ROSE ROSETTE de tout changement de mon état de santé intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical.

Fait à Fort de France le/...../ 20

Signature du patient :