

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORMULAIRE D'ANAMNESE POUR ADULTES

Chère patiente, cher patient,

Bienvenue dans notre cabinet ! Pour un examen approfondi, nous avons besoin de réponses exactes a ce questionnaire. Bien entendu, ces données sont soumises au secret médical et seront traitées confidentiellement. Merci !

Nom, Prénom du (de la) patient(e):

Ne(e) le: Sexe: F M

Rue: Code postal : Ville :

Téléphone (privé) : GSM :

Email : Profession :

Assurance maladie

Mutuelle: Assurance complémentaire:, début contrat :

Assurance privée/autre + début contact:

Intervention de l'employeur : Frontalier (pays) :

Aide du CPAS: Autre intervention :

Nom, prénom et date de naissance de l'assure principal :

Nom du dentiste traitant :, Adresse :

Email dentist(e)

Qu'est-ce qui a attiré votre attention sur nous ?

- Dentiste
- Autre médecin
- Famille /Amis/ Connaissance
- Internet facebook instagram
- Pages Jaunes
- Plaque du cabinet
- Autre, veuillez préciser s.v.p. :

Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique ? Non Oui Où ?

Etes-vous actuellement en traitement orthodontique ? Non Oui Où ?

Avez-vous déjà bénéficié de conseils orthodontiques ? Non Oui Où ?

Est-ce que des radiographies dentaires ont été prises récemment? (max 2 ans) Non Oui



Souffrez-vous d'une des maladies suivantes?

- Maladies cardio-vasculaires
- Rhumatisme / polyarthrite
- Maladies rénales
- Diabète
- Maladies infectieuses
- Refroidissements / grippe
- Epilepsie
- Maladies sanguines
- Hépatite
- Maladies gastro-intestinales
- Maladies du système respiratoire
- Allergies (asthme /rhume des foins/ médicamenteuses) Lesquelles ?
- Antécédents chirurgicaux Lesquels ?
- Autres maladies, dysbioses ou handicaps physiques ou psychiques :
.....

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Non Oui Si oui, lesquels ?

Avez-vous eu des accidents impliquant des dents? Non Oui Si oui, quand?

Etes-vous enceinte? Non Oui

Faites-vous grincer vos dents? Non Oui

Ronflez-vous ? Non Oui

Qu'attendez-vous d'un traitement orthodontique?

- Dents bien alignées
- Prolonger la durée de vie de vos dents
- Meilleure capacité de mastication
- Meilleure apparence
- Meilleure élocution
- Elimination de douleurs

Qu'est-ce qui vous gêne le plus au niveau de vos dents et de vos mâchoires?

.....



Veillez nous informer immédiatement de tout changement d'adresse ou d'autres données !

Avec ma signature, je confirme l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies

Déclaration de consentement aux radiographies: Je déclare par la présente que je consens à la prise de documents radiographiques et photos sur ma personne nécessaires dans le cadre du traitement orthodontique.

Droits d'utilisation : Par la présente, je donne mon accord pour que les photos et les radiographies réalisées par mes soins soient utilisées dans le cadre de conférences/publications scientifiques ainsi que pour les relations publiques (site Internet, médias sociaux,...) du cabinet iSmile.

Détail du Traitement des données finalités, base juridique, secret médical, stockage interne et externe et sa durée, sécurité, destinataires, droits du patient et ses recours, fourniture nécessaire d'informations par le/la patient(e), voir site internet sous l'onglet RGPD.

Toutes les données échangées avec votre dentiste sont soumises à un droit à la protection de la vie privée conformément à la loi du 30/07/2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Lieu

Date

Signature du (de la) patient(e)

