



Information d'assurance (si applicable)

N. de régime. _____
N. de certificat _____
N. d'identification _____

Nom du participant: _____
Lien avec le participant: vous-même époux parent

S'il vous plaît mentionner toute assurance secondaire.

Consentement Éclairé

Je reconnais que je ai rempli ce questionnaire médical au meilleur de mes capacités, et que tous les renseignements fournis sont vrais et exacts.

Je consens à avoir tous les traitements dentaires nécessaires ou souhaitables effectuées par le Dr Seminara ou son personnel après avoir été informé de toutes mes options et les effets secondaires potentiels. Je suppose également la responsabilité de payer les frais associés à ces traitements.

Signature: _____

Date: _____

Dossier Patient

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code Postal: _____ DDN: ____/____/____

Téléphone: Rés: _____ Bureau: _____

Portable: _____ Courriel: _____

Méthode de contact préférée: Portable Bur Rés Courriel

Employeur: _____

Titre du poste: _____

Avez-vous une assurance dentaire? Oui Non

Nom de l'assureur: _____

Êtes-vous étudiant? Oui Non Niveau Scolaire: _____

École: _____

Nom du conjoint: _____

Médecin de famille: _____

Raison de la visite d'aujourd'hui? _____

Personne à remercier pour la recommandation?

Notre équipe se engage à fournir les soins
dentaires exceptionnels dans un environnement
compatissant et bienveillant

Questionnaire médical confidentiel

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Si oui, pour quelle raison? _____

Prenez-vous des médicaments de toute sorte? Oui Non

Veillez préciser : _____

Avez-vous des allergies? Oui Non

Veillez préciser: _____

Avez-vous été hospitalisé durant les cinq dernières années? Si oui, pourquoi? Oui Non

Avez-vous saignez de manière excessive lorsque vous vous blessez? Oui Non

Avez-vous des articulations ou des valvules cardiaques artificielles? Oui Non

Êtes-vous enceinte? Oui Non Combien de semaines? ___

Fumez-vous? Oui Non Combien par jour? _____

Utiliser des drogues Oui Non _____

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un des problèmes suivants? Cochez s'il y a lieu.:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> ACV |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Problèmes de reins |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Problèmes de foie |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problèmes des poumons |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques |
| <input type="checkbox"/> VIH (SIDA) | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs |
| <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie transmissible sexuellement |

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres maladies?

Histoire buccodentaire

À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? _____

Nom de votre dernier dentiste: _____

Ressentez-vous de la nervosité lors de vos visites chez le dentiste? Oui Non

Expliquez ce qui vous incommode le plus lors de ces visites : _____

Que pouvons-nous faire pour rendre ces visites plus agréables? _____

Nombre de fois que vous brossez vos dents? _____

Nombre de fois que vous utiliser la soie dentaire? _____

Vos gencives saignent-elles lors du brossage ou de l'utilisation de la soie dentaire? Oui Non

Vos dents sont-elles sensibles au froid? Oui Non

Avez-vous eu l'un des traitements suivants?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Extractions | <input type="checkbox"/> Traitement des gencives |
| <input type="checkbox"/> Implants dentaires | <input type="checkbox"/> Traitements de canal |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie | <input type="checkbox"/> Chirurgie buccal |

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? Oui Non

Êtes-vous satisfait de fonctionnement de vos dents? Oui Non

Si possible, quels changements ou améliorations souhaiteriez-vous y apporter?

Avez-vous des questions auxquelles vous aimeriez qu'on réponde?

à l'usage du dentiste