



BILAN DE SANTE CONFIDENTIEL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

..... Tél. :

Email :

Pourquoi avoir choisi notre cabinet ? :

.....

Quel est le motif de votre consultation ?

.....

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Si oui, lesquels ?

.....

Entourez les maladies que vous avez eues :

Ulcère Troubles cardiaques Asthme

Allergie Rhumatisme articulaire aigu Tuberculose

Diabète Hépatite Hémophilie

Anémie Épilepsie Infection rénale

Autres maladies ?

Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire ?

Avez-vous eu des réactions anormales aux anesthésiques ou à des médicaments ?

Avez-vous des allergies ?

Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA ? Si oui était-il positif ?

Avez-vous été traité par radiothérapie ou chimiothérapie ? Si oui à quelle date ?

TABAC : consommation journalière ? Depuis combien d'années ?

(Pour les femmes) Type de contraception ? Traitement hormonal post-ménopausique ?

Date :

Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés