

Détails personnels / Questionnaire de santé

Les renseignements demandés sont soumis au secret médical



^b
UNIVERSITÄT
BERN

Veillez remplir en caractères d'imprimerie

Nom	.....	Prénom	.....
Rue	.....	Localité	.....
Date de naissance	Jour	Mois	Année.....
Téléphone	Privé	Travail	Portable
E-mail	.....	
Nationalité	.....	Permis pour étranger:	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Profession	.....	Employeur	.....
Dans le cas d'un enfant			
Nom et prénom du tuteur officiel			
Assurance	.....	No de Police	.....
Recommandé par	.....	Nom du médecin de famille	.....

- Etes-vous en bonne santé? oui non
- Etes-vous actuellement en traitement médical? oui non
- Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui non
Si oui, lesquels?
- Avez-vous déjà eu des infections sérieuses? oui non
- Avez-vous déjà eu une jaunisse? A B C oui non
- Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA? oui non
Si oui, est-il positif?
- Avez-vous des allergies? oui non
Avez-vous une carte d'allergie ?
- Saignez-vous longtemps lors d'une blessure? oui non
- Prenez-vous des médicaments anticoagulants? oui non
- Souffrez-vous d'une des maladies suivantes ou avez-vous déjà eu une de ces maladies? oui non

Trouble circulatoire, affection du cœur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Néphrite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
By-pass	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Trouble thyroïdien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hypertension	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Attaque cérébrale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Glaucome	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Affection pulmonaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Diabète Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous une carte de prophylaxie de l'endocardite? oui non
- Souffrez-vous d'autres maladies non citées ci-dessus? oui non
Si oui, lesquelles?
- Avez-vous déjà eu un incident pendant un traitement dentaire? oui non
- Fumez-vous? oui non
Si oui, depuis quand et combien de cigarettes par jour?
- Buvez-vous régulièrement de l'alcool? oui non
Si oui, quelle quantité?.....
- Consomez-vous d'autres substances? oui non
Si oui, lesquelles et quelle quantité?
- Pour les femmes: êtes-vous enceinte? oui non
Si oui, dans quel mois?

Dans le cas de changements de votre état de santé nous vous prions d'informer votre dentiste.

PROCURATION

Par la présente je donne mon accord :

- A ce que mes médecins traitants puissent faire suivre les informations nécessaires sans autorisation supplémentaire et à ce que les informations nécessaires à la facturation soient transmises à la caisse des médecins.
- A l'utilisation des informations contenues dans mon dossier sous forme anonyme pour des analyses et publications scientifiques (travail de master, thèse)

Date:

Signature: