Ord. Dr. Barbara Minihold
FÄ für Zahn,- Mund,- Kieferheilkunde
Hauptstraße 38/J. Thomastr. 3
2340 Mödling
Tel 02236/242 83 Fax DW 20

ANAMNÈSE FEUILLE POUR LE PATIENT

Patient

Nom: _____

Numéro d´assurance: | | | | | | | | | | |
numéro d´assurance. jour mois an

Adresse: _____

Code postal: _____ ville: _____

Téléphone privé + portable: _____

Courriel: _____

Caisse maladie: _____

Employeur: _____

Code postal: _____ ville: _____

Téléphone professionnel: _____

Assuré

Nom: _____

Numéro d´assurance: | | | | | | | | | | |
numéro d´assurance. jour mois an

Suite à la recommandation de qui vous êtes venu chez nous?

_____

Mesdames, Messieurs,
Toutes les indications sont souimises au secret professionel et aux dispositions sur la protection des données et seront traitées de façon strictement confidentielle. Veuillez répondre précisément aux questions suivantes concernant votre état de santé! Vous nous aidez à pouvoir mieux vous conseiller.

De quels troubles souffrez vous en ce moment? _____

Avez vous des douleurs en ce moment? Non ❑ Oui ❑

❑ Syncopes ❑ Hypertension ❑ M. cardiovasculaire
❑ Diabète ❑ Épilepsie ❑ Rheumatismes
❑ Maladies infectieuses ❑ Hépatite ❑ Infecion VIH
❑ Problèmes de coagulation sanguine
❑ **Hémodilution** ❑ Stimulateur cardiaque ❑_____

❑ Femmes:
Êtes-vous enceinte? Non ❑ Oui ❑

Prenez-vous des médicaments régulièrement ou actuellement? Non ❑
Oui ❑ Lesquels?: _____
_____

Avez vous des allergies? Non ❑
Oui ❑ Lesquelles?: _____

Autres maladies: _____

Fumez-vous? Non ❑ Oui ❑
Souffrez vous des saignements gingivaux? Non ❑ Oui ❑
Avez vous des troubles
d´articulation temporomandibulaire? Non ❑ Oui ❑
Désirez vous un détartrage? Non ❑ Oui ❑
Peut on vous y rappeler régulièrement? Non ❑ Oui ❑

Veuillez noter que des injections et médicaments, qui sont donnés avant, pendant et après un traitement, peuvent avoir des effets au sujet de la conduite automobile.

Mödling, le _____ _____
Signature