

## Questionnaire médical confidentiel

### Renseignements personnels

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: F M  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile: \_\_\_\_\_ Téléphone travail: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_  
Cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
N° d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Expiration: Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_  
Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Parent ou Tuteur  
En cas d'urgence, contacter: \_\_\_\_\_  
Raison de votre visite: \_\_\_\_\_ Référé par: \_\_\_\_\_

### Histoire dentaire

Dernière visite chez le dentiste: 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Traitements reçus:

#### Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?

Démonstration d'hygiène buccale	oui	non	Traitement des gencives	oui	non
Traitement d'orthodontie (broches)	oui	non	Traitement de canal	oui	non
Obturations (réparations)	oui	non	Couronne(s) ou pont(s)	oui	non
Prothèses complètes ou partielles	oui	non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	oui	non
Implants dentaires	oui	non	Radiographies dentaires	oui	non
Autres	oui	non			

#### À l'usage du professionnel:

#### RÉSERVÉ AU DENTISTE

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaires, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) seul(s) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_