

Inscription | Anamnèse

Chère patiente, cher patient,

Nous vous remercions de vous présenter à notre cabinet pour un traitement dentaire. Notre cabinet fonctionne selon un système de rendez-vous. Cela signifie que vos temps d'attente sont, en général, courts. Des mesures de traitement imprévisibles, médicalement nécessaires, peuvent cependant avoir pour conséquence que les rendez-vous ne soient pas toujours exactement respectés. Nous sommes persuadés de votre compréhension. Si vous ne pouvez pas nous présenter à un rendez-vous fixé avec nous, veuillez nous en faire part le plus tôt possible, c.-à-d. au plus tard 24 h avant. Si vous venez dans notre cabinet en cas d'urgence imprévisible (p. ex. douleurs aiguës), vous devez vous attendre à des temps d'attente.

En tant que patient(e) dépendant de l'assurance maladie légale, veuillez impérativement présenter la carte à puce d'assuré social au plus tard 10 jours après le début du traitement, sinon les frais du traitement devront vous être facturés à titre privé. En tant que patient(e) assuré(e) légal(e), vous pouvez, en alternative au traitement par un dentiste conventionné remboursé par la caisse d'assurance maladie, vous mettre d'accord avec votre caisse d'assurance maladie pour effectuer des traitements sur facture privée conformément au § 13 SGB V (remboursement des frais). Vous obtiendrez de plus amples informations à ce sujet auprès de votre caisse d'assurance maladie.

Patient/patiente

Monsieur/Madame/Enfant

Adresse

Nom de famille	Prénom	Date de naissance
Rue / numéro	Email*	Lieu de naissance
Code postal / ville	Téléphone fixe ou portable	

Profession du patient/de la patiente

	Employeur
<input type="checkbox"/> Ecolier/collégien/lycén/étudiant	

Adresse de l'employeur*

Rue / numéro	Code postal / ville	Téléphone
Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Le cas échéant, représentant(e) légal(e) ou autre destinataire de la facture (pour les enfants, la personne chargée de l'éducation)

Adresse

Rue / numéro	Email*
Code postal / ville	Téléphone fixe ou portable

Profession du/de la représentant(e) légal(e) ou de l'autre destinataire de la facture*

	Employeur
<input type="checkbox"/> Ecolier/collégien/lycén/étudiant	

Adresse de l'employeur*

Rue / numéro	Code postal / ville	Téléphone
--------------	---------------------	-----------

Nom de l'organisme de prise en charge (caisse d'assurance maladie ou assurance)

--

- Je suis assujetti(e) obligatoire de l'assurance maladie légale
- Je suis assujetti(e) volontaire de l'assurance maladie légale
- Je suis ayant-droit à l'allocation
- J'ai une assurance complémentaire privée
- J'ai une assurance privée
- Je suis un(e) assuré(e) au tarif standard
- Je suis un(e) assuré(e) au tarif de base
- J'ai choisi le remboursement des frais selon §13 SGB V
- Je ne suis pas assuré(e)
- J'ai droit à une subvention (bureau d'aide sociale [Sozialamt], bureau de prévoyance [Versorgungsamt])

Pour votre fiche de patient, nous vous prions de bien vouloir nous donner les informations suivantes qui sont soumises à l'obligation de secret médical et à la protection des données individuelles et que nous traiterons avec la plus stricte confidentialité. A l'avenir, veuillez également communiquer à notre cabinet des modifications de votre état de santé, de votre adresse et de votre état d'assurance !

Veuillez cocher, pour toutes les questions, les réponses applicables.

1. Avez-vous eu/avez-vous l'une des maladies suivantes ?

a)	oui	non	oui	non	oui	non		
Asthme (détresse respiratoire grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite A/B/C (jaunisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalies de la coagulation sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crises (épilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Germe hospitalier SARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur/carcinome/cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres données/autres maladies

Votre médecin traitant :

Nom de famille
Cabinet dentaire précédent*

Adresse

Téléphone

Nom de famille

Adresse

Téléphone

b) Souffrez-vous d'allergies quelconques ?

oui non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous un passeport d'allergies ?

oui non

c) Infarctus du myocarde

oui non

Accident vasculaire cérébral

oui non

Paralysie

oui non

Prenez-vous des anticoagulants ?

oui non

Si oui, lesquels ?

d) Avez-vous une pression sanguine trop élevée ?

oui non

Avez-vous une pression sanguine trop basse ?

oui non

2. Êtes-vous porteur d'un stimulateur car-diaque ?

oui non

Avez-vous une valve cardiaque artificielle ?

oui non

3. Prenez-vous des bisphosphonates ?

oui non

Prenez-vous des immunosuppresseurs ?

oui non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels ?

4. Fumez-vous ?

oui non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

5. Vous arrive-t-il de ronfler ?

oui non

6. Êtes-vous atteint(e) de dépendances ?

oui non

Si oui, lesquels ?

7. Etes-vous enceinte ?

oui non

incertain

Le cas échéant, de combien de semaines

8. Etes-vous ou avez-vous été blessé(e) par accident

oui non

Date de l'accident

dans la zone de la bouche, de la mâchoire ou du visage ?

Type de blessure

9. Présentez-vous un besoin de soins selon § 15 SGB V (cinquième livre du code allemand de la sécurité sociale) ?

oui non

Si oui, quelle est son gravité ?

10. Bénéficiez-vous d'une aide à la réadaptation selon l'art. 99 SGB IX (neuvième livre du code allemand de la sécurité sociale) ?

oui non

Si oui, lesquels ?

11. Souhaitez-vous un traitement sous anesthésie locale ?

oui non

Veuillez prendre en considération que l'aptitude à la conduite peut être influencée négativement pendant plusieurs heures sous l'effet de médicaments ou d'injection d'anesthésiant local.

12. Avez-vous un passeport d'exposition aux rayons ?

oui non

Quand a eu lieu votre dernier examen radiographique / votre dernière scanographie ? (Date/partie du corps)

13. Avez-vous un Bonusheft (carnet de contrôle dentaire) ?

oui nein

Quand a été réalisé votre dernier détartrage dentaire professionnel ?

14. Utilisez-vous le dossier médical électronique ?

oui non

Comment/par qui avez-vous connu notre cabinet :*

Par ma signature je confirme l'intégralité et l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Date

Signature du patient/de la patiente ou de la personne chargée de l'éducation