

# 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 vous 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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Adresse

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rue / numéro	Email*	Lieu de naissance
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Code postal / ville	Téléphone fixe ou portable	

Profession du patient/de la patiente

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

Adresse de l'employeur\*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue / numéro	Code postal / ville	Téléphone

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Adresse

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rue / numéro	Email*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Code postal / ville	Téléphone fixe ou portable	

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

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

Adresse de l'employeur\*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue / numéro	Code postal / ville	Téléphone

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

<input type="text"/>
----------------------

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

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)

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

Autres données/autres maladies

Votre médecin traitant :

Nom de famille

Adresse

Téléphone

Cabinet dentaire précédent\*

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

Un service de la DZR – Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR

Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

\* indications facultatives