



FORMULAIRE NOUVEAU PATIENT

DONNÉES PERSONNELLES

Date actuelle

Prénom
de famille

Initiale du deuxième prénom

Nom

Je préfère être appelé
Masculin Féminin

Adresse

Pays

Code Postal

Ville

Date de Naissance

N° de sécurité sociale

N° de téléphone portable

N° de téléphone professionnel
N° de téléphone fixe

Est-ce que vous nous autorisez à vous envoyer un message ? Oui Non

Numéro de contact principal (cochez une réponse) Téléphone portable
Téléphone professionnel

Téléphone fixe

Courrier électronique

Employeur

Nom de l'époux(se)

Employeur de l'époux(se)

Qui pouvons-nous remercier de nous avoir recommandé à vous ?

Personne / numéro de contact en cas d'urgence

INFORMATIONS DENTAIRES

Raisons du rendez-vous d'aujourd'hui

Avez-vous des douleurs en ce moment ? Oui Non Si oui, veuillez expliquer

Souffrez-vous de problèmes dentaires en ce moment ? Oui Non Si oui, veuillez expliquer



Avez-vous déjà rencontré des problèmes lors de traitements dentaires auparavant ? Oui
Non

Si oui, veuillez expliquer

Est-il y a quelque chose de meilleur que nous pouvons faire par rapport à vos derniers traitements dentaires précédents ?

Indiquez votre niveau d'anxiété à propos de la visite chez le dentiste (le moins) 1 2 3 4 5 (le plus)

Même si le personnel dentaire traite principalement la zone située à l'intérieur et autour de la bouche, celle-ci fait partie de l'ensemble de votre corps. Vos éventuels problèmes de santé ou les médicaments que vous prenez pourraient être étroitement liés aux soins dentaires que vous recevrez.

Merci de répondre aux questions suivantes.

Si oui, veuillez expliquer :

Si oui, veuillez expliquer :

Si oui, veuillez expliquer :

Si oui, veuillez expliquer :

Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ? O Oui O Non

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi une opération chirurgicale majeure ? O Oui O Non

Avez-vous déjà souffert d'une grave blessure au niveau de la tête ou du cou ? O Oui O Non

Prenez-vous actuellement des médicaments, des pilules ou des drogues ? O Oui O Non

Prenez-vous ou avez-vous pris du Phen-Fen ou du Redux ? O Oui O Non

Avez-vous précédemment pris du Fosamax, du Boniva, de l'Actonel ou d'autres médicaments qui contiennent des bisphosphonates? O Oui O Non

Suivez-vous un régime spécifique ? O Oui O Non

Consommez-vous du tabac ? O Oui O Non

Consommez-vous des substances réglementées ? O Oui O Non



À REpondre par les Femmes :

Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de tomber enceinte ? Oui Non

Prenez-vous des contraceptifs oraux ? Oui Non

Soins infirmiers? Oui Non

Avez-vous, ou avez-vous eu, l'un des suivants ?

SIDA/VIH positif Oui Non

Maladie d'Alzheimer Oui Non

Anémie Angine de poitrine Oui Non

Valve cardiaque artificielle Oui Non

Articulation artificielle Oui Non

Asthme Oui Non

Maladie du sang Oui Non

Transfusion sanguine Oui Non

Arthrite/Goutte Oui Non

Problème respiratoire Oui Non

Facile à contusionner Oui Non

Cancer Oui Non

Chimiothérapie Oui Non

Douleurs thoraciques Oui Non

Boutons de fièvre Oui Non

Cardiopathie congénitale Oui Non

Convulsions Oui Non

Toxicomanie Oui Non

Médicaments à base de cortisone Oui Non

Diabète Oui Non

S'essouffle facilement Oui Non

Emphysème Oui Non

Epilepsie ou crises d'épilepsie Oui Non

Saignements excessifs Oui Non



Soif excessive Oui Non

Évanouissements/vertiges Oui Non

Toux persistante Oui Non

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

NOM DU PATIENT

DATE DE NAISSANCE

Avez-vous, ou avez-vous eu, l'un des suivants ?

Diarrhée persistante Oui Non

Maux de tête persistants Oui Non

Herpès génital Oui Non

Glaucome Oui Non

Rhume des foins Oui Non

Crise ou arrêt cardiaque Oui Non

Murmure cardiaque Oui Non

Stimulateur cardiaque Oui Non

Troubles / maladies cardiaques Oui Non

Hémophilie Oui Non

Hépatite A Oui Non

Hépatite B ou C Oui Non

Herpès Oui Non

Hypertension artérielle Oui Non

Hypercholestérolémie Oui Non

Urticaire ou éruption cutanée Oui Non

Hypoglycémie Oui Non

Rythme cardiaque irrégulier Oui Non

Problèmes rénaux Oui Non

Non Leucémie Oui Non

Maladie du foie Oui Non



Hypotension artérielle Oui Non

Maladie pulmonaire Oui Non

Prolapsus de la valvule mitrale Oui Non

Ostéoporose Oui Non

Douleur au niveau des articulations de la mâchoire Oui Non

Maladie parathyroïdienne Oui Non

Soins psychiatriques Oui Non

Radiothérapie Oui Non

Perte de poids récente Oui Non

Dialyse rénale Oui Non

Fièvre rhumatismale Oui Non

Rhumatisme Oui Non

Scarlatine Oui Non

Zona Oui Non

Drépanocytose Oui Non

Troubles sinusaux Oui Non

Spina Bifida Oui Non

Maladie de l'estomac/de l'intestin Oui Non

Accident vasculaire cérébral Oui Non

Gonflement des membres Oui Non

Maladie de la thyroïde Oui Non

Amygdalite Oui Non

Tuberculose Oui Non

Tumeurs ou excroissances cutanées Oui Non

Ulcères Oui Non

Maladie vénérienne Oui Non

Jaunisse Oui Non

Avez-vous déjà été atteint d'une maladie grave non mentionnée ci-dessus ? Oui Non



Êtes-vous allergique à l'un des objets suivants ?

Aspirine Pénicilline Codéine Anesthésiques locaux Acrylique Métal Latex Médicaments à base de sulfamides

Autre Si oui, veuillez expliquer :

Commentaires :

Dans la mesure où je suis au courant, j'ai répondu avec exactitude aux questions du présent formulaire. J'affirme avoir compris que la communication d'informations erronées peut constituer un danger pour ma santé (ou celle du patient). Je suis responsable de communiquer tout changement dans mon état de santé au cabinet dentaire.

SIGNATURE DU PATIENT, PARENT ou TUTEUR

DATE

PRÉNOM DU PATIENT, DU PARENT OU DU TUTEUR (en lettres moulées)

SIGNATURE DU TÉMOIN

DATE

DR. SIGNATURE

DATE

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Date du dernier nettoyage dentaire (approximative)

Procédure(s) pratiquée(s) lors de votre dernier rendez-vous chez le dentiste

Vous cherchez à changer l'aspect de votre sourire ? Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose dans votre dentition, ce serait (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Couleur des dents Visibilité excessive ou insuffisante des dents lorsque vous souriez

Taille / forme des dents Visibilité excessive ou insuffisante de gencive

lorsque vous souriez Écarts entre les dents Alignement dentaire

Autre (veuillez expliquer)



Avez-vous les suivants ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Gencives sensibles ou déchaussées Dents usées, cassées ou ébréchées
 Dents manquantes couronnes usées avec des bords sombres sur le dessus
 Dents sensibles à la chaleur / au froid Dents sensibles pendant la mastication Préoccupation relative à la mauvaise haleine Obturations usées ou décolorées
 Autre (veuillez expliquer)
-

Avez-vous déjà eu ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Maladie parodontale / traitement des gencives Oui Non
 Inconfort au niveau de l'articulation de la mâchoire (ATM/TMD) Oui Non
 Traitement d'orthodontie Oui Non
 Ajustement ou équilibrage occlusal Oui Non
 Chirurgie buccale / de dents de sagesse Oui Non
 Blessure grave au niveau de la bouche ou de la tête Oui Non
 Plaque occlusale ou protège-dents Oui Non
 Mauvaise haleine chronique Oui Non
 Ronflement Oui Non
 Grincement des dents (diurne ou nocturne) Oui Non
Si vous avez coché "oui" à l'une des questions précédentes, veuillez expliquer
-

Avez-vous besoin de prendre des antibiotiques avant de recevoir des soins dentaires ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?

Avez-vous déjà pris, prenez-vous-en ce moment ou planifiez-vous de prendre des médicaments contre l'ostéoporose ?
(Biphosphonates) Oui Non

Souhaitez-vous nous communiquer d'autres informations sur vos traitements dentaires antérieurs ? ASSURANCE DENTAIRE

Assureur principal :

Nom de la compagnie d'assurance

N° d'identification de l'assuré



Nom de l'assuré
patient

Parenté avec le

Date de naissance de l'assuré
l'employeur de l'assuré

Nom de

Assureur secondaire :

Nom de la compagnie d'assurance

N° d'identification de l'assuré

Nom de l'assuré
patient

Parenté avec le

Date de naissance de l'assuré
l'employeur de l'assuré

Nom de

À répondre si le patient est mineur :

Nom du parent ou du tuteur légal et lien de
parenté

Est-ce que ce parent ou ce tuteur légal est actuellement un patient de notre cabinet ? Oui

Non

CABINET ET POLITIQUE FINANCIÈRE

- Nous avons pour mission de dispenser les soins de santé les plus qualifiés et les plus efficaces en termes de prix qui sont disponibles à l'heure actuelle. Suite au diagnostic, le dentiste vous informera de notre plan de traitement. Par ailleurs, nous discuterons avec vous de votre prix de traitement actuel et futur.
- Le paiement est effectué au moment de la prestation des services. Nous acceptons les modes de paiement suivants : acompte, liquide, Visa, MasterCard et virement bancaire (à l'avance).
- Les allocations d'assurance sont définies par l'employeur et non par le dentiste. Toute somme due au titre de la franchise ou du copaiement est payable au moment du traitement. L'assurance ne constitue pas une garantie de paiement, car il est possible que les compagnies d'assurance ne prennent pas en charge la totalité de vos frais. Votre police d'assurance est un contrat entre vous et votre assureur.
- Tout retard de paiement de votre compte de plus de 45 jours est soumis à un taux d'intérêt de 18 % par an. Pour tout chèque qui nous est retourné sans provision, des frais de retour de chèque de 25 euros seront appliqués au solde de votre compte.
- Des plans de paiement et des accords financiers peuvent être conclus pour des soins dentaires exhaustifs, avant le début du traitement.

Je soussigné(e) autorise le paiement des prestations dentaires autrement exigibles directement à Murat Sutpideler, DDS PhD.



J'ai lu et compris cette politique financière

NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE DE SIGNATURE

PUBLICATION DE PHOTO

Par les présents, j'autorise
TRUDENT CLINICS de prendre des photos et des vidéos de mon visage, de mes mâchoires et
de mes dents.

Je comprends que les photos et/ou vidéos seront utilisées à titre d'enregistrement de
mes soins et pourront être utilisées dans le cadre éducatif lors de conférences, de
présentations, de publicités (y compris la publication sur le site web, les journaux, les
magazines, les annuaires téléphoniques, la télévision) et dans des publications
professionnelles (magazines et revues dentaires).

Je comprends également que, si les photographies, diapositives et/ou vidéos sont utilisées
dans le cadre d'une publication ou d'une présentation, la confidentialité de mon nom ou de
toute autre information permettant de m'identifier sera préservée. Je ne demande aucune
indemnisation, financière ou autre, pour l'utilisation de ces photos.

DATE DE SIGNATURE

MERCI !

D'AVOIR CHOISI TRUDENT CLINICS

LE DR MURAT SUTPIDEL ET SON
ÉQUIPE