

Dr. Mirco Kmitta	Internes Dokument	Dok Nr. QS-ID-001
	Anamnesbogen Französisch	Stand Mai 2019
		Revision 002

Courbes de perception de patient

Nom : Adresse :
 Prénom : né le:
 E-Mail:..... Telefon (privé):.....
 Assurance maladie:..... Telefon (représentant).....
 Médecin généraliste:..... Telefon (Portable):.....

Veuillez répondre le plus précisément possible aux questions suivantes sur votre état de santé. Les informations sont soumises au secret médical et aux dispositions relatives à la protection des données et seront traitées de manière strictement confidentielle.

maladies de circulation du coeur :

<u>Haute tension</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>l'entraîneur de coeur</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Basse tension</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>Endocarditis</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Faute de couvercles de coeur</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>l'opération de coeur</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Dédommagement de couvercles de coeur</u>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<u>Epilepsie</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>la dépendance de drogues</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Asthme / maladie de poumons</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>la maladie de nerfs</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Dérangements de coagulation de sang</u>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>des maladies de reins</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
<u>Diabète / diabète</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>des accès d'évanouissement</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Maladie d'ostéoporose</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>fumeur</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Maladie de glandes d'enseigne</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>le rhumatisme / arthrite</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Maladie de Mukoviszidose oui non
Transplantation d'organe oui non

Les autres maladies :

Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lequel ?

Médicaments diluant le sang ? oui non lequel ?

<u>Maladies infectieuses :</u>		<u>Allergies ou incompatibilités :</u>	
<u>HIV-Infektion/stade la SIDA</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>l'anesthésie de café / seringues</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Maladie de foie / hépatite</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>des antibiotiques</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Tuberculose</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>l'analgésique</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Maladies d'infection des métaux :</u>			
<u>(par exemple, MRSA)</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<u>le latex</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Maladie de creuzfeld?</u>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		

Autre:



Est-ce que une grossesse se compose ?

oui non

Si oui, quel mois ?

Est-ce que les radiographies déjà médicales de dent ont été faites chez vous ?

Si oui, quand ?

.....

Est-ce que les opérations plus grandes étaient effectuées chez vous ces derniers temps ?

Si oui, lequel

.....

Etes-vous satisfait de la couleur de vos dents?

oui non

Je suis d'accord avec le stockage et le traitement électroniques pour l'exécution de l'obligation contractuelle

oui non

Je suis d'accord avec l'inclusion dans le système de rappel

oui non

Je suis d'accord avec l'avis des dentistes spécialisés dans le traitement du cuir sur ma carte de patient.

oui non

Je m'engage à vous informer immédiatement de tout changement survenu pendant toute la durée du traitement. En outre je m'engage à respecter les délais convenus ou à annuler 24 heures avant la date limite. Je suis conscient que les délais qui n'ont pas été annulés ou pas annulés peuvent être facturés.

Date.....

Signature

Date.....

Signature