

Questionnaire médical et autorisation de soins

Ce questionnaire vous est remis pour mieux connaître votre enfant et mieux le soigner, il est personnel et confidentiel.

Le patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse : Code postal : Ville :

Motif de consultation :

Les Parents ou Responsables légal :

Père ou tuteur légal

Mère ou tutrice légale

Nom

Téléphone

Email

Renseignements Généraux sur l'enfant :

Poids :

Votre enfant présente-t-il une pathologie (cardiaque, sanguine, digestive, virale, cancer, hépatique, asthme, diabète ou autre affection chronique) ? Si oui, lesquels ?
.....

Votre enfant présente-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles ?
.....

Votre enfant a-t-il déjà été opéré sous anesthésie générale ? Si oui, pourquoi ?
.....

Votre enfant prend-t-il des médicaments ou traitements ? Si oui, lesquels ?
.....

Informations Dentaires :

Est-ce la première visite chez le dentiste ?

Votre enfant nous est-il adressé par un confrère ? Si oui : Dr.....

Votre enfant a-t-il subi un traumatisme dentaire ?

Votre enfant est-il suivi par un orthodontiste ? Par un orthophoniste ?

Le dentifrice de votre enfant contient-il du fluor ? Si oui, à quel dosage (Ppm F-)

Votre enfant prend-t-il des suppléments en fluor ?

Je m'engage à informer mon praticien de tout changement de l'état de santé de mon enfant intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical.

Père/ Tuteur légal : Je Soussigné, autorise le Dr Francis COLLINS à pratiquer tous les soins dentaires et anesthésies intra osseuse, locale et/ou locorégionale qui pourraient être nécessaires pour mon enfant.

Fait à : Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le : / /

Mère/ Tutrice légale : Je Soussignée....., autorise le Dr Francis COLLINS à pratiquer tous les soins dentaires et anesthésies intra osseuse, locale et/ou locorégionale qui pourraient être nécessaires pour mon enfant.

Fait à : Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le : / /