



Schöne Zähne -  
Ihr Lächeln ist uns wichtig

Zahnarztpraxis  
Medizinisches Zentrum MZB Biel  
Dr.med.dent. Matthias Nötzel  
Zahnarzt und Oralchirurg SSO

Eisengasse 11  
2502 Biel/Bienne  
www.zahnarzt-noetzel.ch  
www.dentiste-noetzel.ch

Tel. 032 344 46 95  
Fax 032 344 46 35  
info@zahnarzt-noetzel.ch  
info@dentiste-noetzel.ch

**SSO**  
Unsere Zahnärzte.

## Questionnaire d'anamnèse

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Ru, n°: \_\_\_\_\_ Code postal, lieu: \_\_\_\_\_  
Date naissance: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_  
Tél. privé: \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_  
Tél. mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Dentiste: \_\_\_\_\_ Médecin traitant: \_\_\_\_\_

### Représentant légal pour les enfants et les personnes sous tutelle :

Nom, prénom et adresse : \_\_\_\_\_

Adressé par un médecin , dentiste , autre . Nom et adresse: \_\_\_\_\_

Quelles sont les raisons qui vous amènent à cette consultation ? **Merci de répondre à chaque fois.**

Douleurs , conseil , second avis , accident , autre : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet ?:

Connaissances , journaux , internet , autre : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse maladie/assurance: \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire pour les soins dentaires: \_\_\_\_\_

### Antécédents dentaires:

Avez-vous des douleurs - aux dents , aux gencives , à la mâchoire supérieure  ou inférieure  ?  
- des aphtes , des boutons de fièvre , des inflammations des gencives   
Avez-vous souvent - une bouche sèche , une sensation de brûlure dans la bouche ,  
- des lésions des muqueuses  ? - des points de pression dues à une prothèse   
- autre  \_\_\_\_\_

	O	?	N
Avez-vous eu un accident dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, un rapport a-t-il été établi auprès de l'assurance accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grincez-vous des dents ou serrez-vous les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent mal à la tête, à la nuque, aux épaules ou aux mâchoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'avoir mauvaise haleine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultez-vous régulièrement un dentiste? 2 x par an <input type="checkbox"/> , 1 x par an <input type="checkbox"/> , de temps en temps <input type="checkbox"/>			
À quand remonte votre dernière consultation ? _____			
Avez-vous déjà été chez un hygiéniste dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des réactions inhabituelles aux piqûres du dentiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu d'autres problèmes lors de précédents traitements dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs / gonflements <input type="checkbox"/> , saignements postopératoires <input type="checkbox"/> , intolérance à un matériau dentaire <input type="checkbox"/> , problème avec un dentier <input type="checkbox"/> , peur <input type="checkbox"/> , autre <input type="checkbox"/>			

### Questions relatives à votre état de santé

	O	?	N
Vous sentez-vous actuellement en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été en traitement médical l'année dernière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi? _____			
Prenez-vous actuellement des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Veillez s'il-vous-plaît indiquer les médicaments que vous prenez actuellement sur la liste des médicaments ci-jointe.**

**Veillez également compléter le formulaire au dos de cette page.**

**Avez-vous ou avez-vous eu ...** (Veuillez cocher les cases correspondantes.)

Si vous répondez **NON** à la question en **GRAS**, passez directement à la section suivante. Merci.

**... des maladies cardiovasculaires ?**  **O**  **?**  **N**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- hypertension ou hypotension artérielle ?
  - troubles cardiaques / douleurs dans la poitrine lors d'un effort (angine de poitrine) ?
  - vertiges ?
  - syncopes ?
  - arythmie (par ex. tachycardie) ?
  - infarctus ?
  - accident vasculaire cérébral ?
  - insuffisance respiratoire lors d'un petit effort ?
  - jambes enflées ?
  - problèmes de circulation (bras ou jambes) ?
  - malformation cardiaque congénitale ?
  - endocardite ?
  - un pacemaker ?
  - une opération des valves cardiaques ?

**... des maladies des voies respiratoires ?**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- sinusite ?
  - angine ?
  - bronchite chronique / pneumonie ?
  - expectoration de sang lors de toux ?
  - tuberculose ?
  - troubles respiratoires en montant les escaliers ?
  - troubles respiratoires en dormant ?
  - rontiez-vous ?

**... des affections du sang ?**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- hémophilie – si oui, laquelle ?
- 
- anémie ?
  - un saignement prolongé ?
  - hématomes fréquents au moindre choc ?
  - transfusion de sang ?
  - dialyse ?
  - prise de médicaments anticoagulants (par ex. Marcoumar, Sintrom) ?
  - une interdiction de donner du sang ?

**... des réactions allergiques ?**

- asthme ?
- rhume des foins ?
- éruptions cutanées ?
- réactions d'hypersensibilité aux médicaments (par ex. anesthésiant local , pénicilline , autres antibiotiques , iode , sulfamidés , analgésiques , aliments , pollens , poussière , métaux , matériaux synthétiques ) ?
- autres : \_\_\_\_\_

**... des maladies rhumatismales ou articulaires ?**

- arthrite ?
- fièvre rhumatismale, rhumatisme avec inflammation articulaire ?
- prothèses articulaires ?

**Souffrez-vous de douleurs chroniques ?**

**... des troubles du métabolisme ?**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- diabète ?
  - problèmes de thyroïde ?
  - sentiment de soif fréquent ?
  - fréquente ?
  - mauvaise cicatrisation ?
  - problèmes hormonaux, thérapie hormonale ?

**... une maladie neurologique ou psychique ?**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- démence ?
  - une ou plusieurs dépression(s) ?
  - maladie de Parkinson ?

**... d'autres maladies ?**

- Si **OUI**, lesquelles ?
- maladies oculaires chroniques ?
  - maladie rénale ?
  - insuffisance rénale ?
  - maladie gastro-intestinale (p. ex. ulcère) ?
  - manque ou perte d'appétit ?
  - troubles hépatiques ?
  - sclérose en plaques ?
  - ostéoporose ?
  - tumeur ?
  - traitement d'une tumeur par médicaments ou rayons ?
  - traitement d'une tumeur ou de l'ostéoporose avec des biphosphonates ?
  - maladie héréditaire ?
  - épilepsie (convulsions) ?
  - Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une infection sexuellement transmissible ?

**... des maladies infectieuses ?**

- Avez-vous déjà fait un test anti-VIH ?
- Si oui, quand ? \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous d'une forme d'hépatite ?
- Si **OUI**, laquelle (A, B ou C) ? \_\_\_\_\_

- Consommez-vous de la drogue ?

- Si **OUI**, lesquelles ? \_\_\_\_\_
- Fumez-vous ?
  - Quoi ? \_\_\_\_\_ Combien ? \_\_\_\_\_
  - Buvez-vous régulièrement de l'alcool ?
  - Si **OUI**, quelle quantité ? \_\_\_\_\_

**- Avez-vous un livret de santé ?**

(Blutverdünnung, Allergie, Endokarditis u.a. vom Arzt)

**Seulement pour les patientes :**

- Êtes-vous enceinte ?
- Prenez-vous une contraception orale (pilule) ?



## Déclaration de consentement

J'accepte que les données et les résultats de mon anamnèse, y compris les radiographies et les photos ainsi que leurs copies ou leurs impressions soient transmis à d'autres personnes également tenues au secret médical ou qu'ils soient mis à leur disposition sur demande dans un but médical.

J'accepte que la facturation et le recouvrement des honoraires des soins dentaires actuels et futurs soient réalisés par la caisse pour médecins-dentistes SA, à Wädenswil. Dans ce but, le dentiste peut fournir les données nécessaires à la caisse pour médecins-dentistes (en particulier mon nom, ma date de naissance, mon adresse, la date du traitement, les prestations, les coûts et les résultats) et les honoraires exigés correspondants. La caisse pour médecins-dentistes SA est, de son côté, autorisée à transmettre ces informations à EOS Suisse SA ou à une autre entreprise de recouvrement de créances ainsi qu'à utiliser les données reçues ou à les révéler en cas de besoin à une entreprise de recouvrement, à un avocat, à l'Office des poursuites ou à un tribunal. Cette déclaration de consentement est valable jusqu'à ce que je la révoque pas par écrit.

Vous pouvez en tout temps obtenir gratuitement des informations sur vos données que nous traitons et faire valoir votre droit de rectification, de blocage ou de suppression de vos données. Si vous n'êtes pas d'accord avec le traitement des données, vous pouvez vous adresser au Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) ou à l'autorité de surveillance compétente de l'UE.

Bienne

\_\_\_\_\_

Date et signature du patient

### Avez-vous le droit de:

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| AVS/AI                          | <input type="checkbox"/> |
| des prestations complémentaires | <input type="checkbox"/> |
| l'aide sociale                  | <input type="checkbox"/> |
| office des migrations           | <input type="checkbox"/> |
| croix rouge                     | <input type="checkbox"/> |

### Détails du fournisseur d'assurance:

- lieu: \_\_\_\_\_
- responsable du dossier: \_\_\_\_\_
- numéro de téléphone: \_\_\_\_\_