

Questionnaire d'antécédents médicaux

Veillez vous présenter avec une vessie remplie s.v.pl.

Nom Prénom Sexe Date de naissance

f m

Adresse Code postal/ Ville

Téléphone Email

Profession Matricule CNS

Qui est votre médecin traitant?

Pratiquez-vous du sport?

non régulièrement parfois

Etes-vous fumeur?

oui arrêté non

Poids kg **Taille** cm

Antécédents médicaux personnels

Maladies infectieuses: non VIH hépatite C

Maladies chroniques: non hypertension artérielle diabète maladies du coeur
 asthme maladies rénales

épilepsie hypercholestérolémie

Autres maladies: non cancer maladies nerveuses
 pathologie thyroïdienne thrombose

Autres:

tourner la page s.v.pl. →

Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Quand et quoi?

Quels médicaments prenez-vous régulièrement?

Etes-vous allergique à certains médicaments?

Pour les patientes:

Est-ce que vous êtes enceinte? non oui

Prenez-vous un contraceptif? non oui lequel?

Par la présente, je confirme l'exactitude des informations ci-dessus.

Date / Signature du patient

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Notre cabinet utilise un système informatique pour la tenue des dossiers patients, assurer la facturation des actes, tenir la comptabilité ainsi que pour communiquer avec les professionnels de santé qui sont le cas échéant impliqués dans votre prise en charge et avec les autorités compétentes en vertu de leurs missions légales.

Les informations recueillies dans le cadre de votre prise en charge feront l'objet d'une inscription dans votre dossier patient.

Des informations plus détaillées sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits sont disponibles au secrétariat. Ces informations détaillées sont disponibles en plusieurs langues.