

La date d'aujourd'hui _____

Les informations patient (toutes les informations sont strictement confidentielles et restent avec ce bureau.)

Nom : _____
Dernier Premier préfére être appelé

Adresse : _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone : _____
Accueil Travail Cellulaire

Email : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Etat civil : _____
Mois / Jour / An

Employé par : _____ Occupation: _____

Comment avez-vous entendu parler de notre bureau ? _____

À qui remercions-nous de vous référer ? _____ Téléphone : _____

Information Médicale

Médecin : _____ Téléphone : _____

Date du dernier examen physique : _____ Vous considérez-vous d'être en bonne santé ? _____

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin : _____ Si oui veuillez préciser : _____

Êtes-vous en train de prendre tout médicament, y compris la non-prescription, suppléments de fines herbes et/ou de vitamines : _____

Avez-vous des allergies ou avez-vous eu une réaction de (médicaments, anesthésiques, métaux, latex, les antibiotiques, les analgésiques, les produits laitiers, etc.) : _____

Avez-vous de prendre des antibiotiques avant les soins dentaires ? Si oui, pourquoi ? _____

Avez-vous eu une chirurgie cardiaque ? Si oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous des prothèses artificielles (joints, la valve de coeur, etc.) ? Si oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous des saignements anormaux ? _____ Devenez-vous facilement à bout de souffle ? _____

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des opérations suivantes :

Hypertension.....Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	TuberculoseOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Type d'hépatiteOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VIH / SIDAOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AnémieOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Des maux de têteOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Douleur de poitrine ..Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Testé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes de Sinus ...Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	HerpèsOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles du sang ...Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Désordres digestifsOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pression artérielle faible Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes de thyroïde.Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladie du foieOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	GlaucomeOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ArthriteOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	DiabèteOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AsthmeOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Blessures de tête ou de cou Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CancerOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladie vénérienne ..Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre rhumatismale .Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RadiothérapieOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes nerveuxOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Trouble cardiaqueOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Souffle au coeurOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ChimiothérapieOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ÉpilepsieOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Trouble du reinOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	EmphysèmeOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AntidépresseursOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Soins psychiatriques .,Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	StrokeOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	UlcèreOui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	dépendance à l'alcool ou à la drogue Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

D'autres : _____

Fumez-vous ? _____ Si oui combien ? _____ Prenez-vous des médicaments ? _____

Femmes : prenez-vous la pilule ? _____ Êtes-vous enceinte ? _____

C'est pour certifier que Je, soussigné, le consentement à l'exécution des procédures dentaires ont accepté d'être nécessaire ou souhaitable et Je vais assumer la responsabilité pour les frais associés à ces procédures.

Signé : _____

Informations de compte

Personne responsable sur le plan financier pour le compte : _____

Si LE PATIENT EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS

Nom du père : _____

Adresse du père (si différente de l'enfant) : _____

Téléphone du père : Accueil _____ Travail _____ cellulaire _____

Nom de la mère : _____

Adresse du mère (si différente de l'enfant) : _____

Téléphone du père : Accueil _____ Travail _____ cellulaire _____

Qui est responsable financièrement pour le compte ? _____

Information de l'assurance

1^e ASSURANCE

Nom de l'assurance : _____ N° de la politique _____ Id# _____

Nom du titulaire de la politique : _____ Date de naissance : _____ Employeur : _____

Services de base : _____% Maximum : _____\$ Les services principaux : _____% Maximum : _____

% La fréquence de rappel : _____ mths échelle : _____ units Année est : _____

2^e ASSURANCE

Nom de l'assurance : _____ N° de la politique _____ Id# _____

Nom de l'assuré : _____ Date de naissance: _____ Employeur : _____

Services de base _____% Maximum : _____\$ Les service principaux : _____% Maximum : _____%

% La fréquence de rappel _____ mths échelle : _____ units Année est : _____

En cas d'urgence veuillez contacter

Nom : _____ Relationship: _____

Téléphone : Accueil _____ Travail _____ Cellulaire l _____

Adresse : _____

Histoire Dentaire

Avez-vous des malaises en ce moment ? Si oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous été sous les soins réguliers d'un dentiste ? _____

Combien de temps depuis votre dernière visite dentaire ? _____

Ce qui a été fait à l'époque ? _____

N'hésitez pas vos gencives enflées ou tendre ? _____

Est-ce qu'il y a saignement souvent lorsque vous passez la soie dentaire ? _____

Avez-vous déjà été donné anesthésie locale) ? _____

Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ? _____

Êtes-vous au courant de tout paiement ou de l'enflure dans la bouche ? _____

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ? _____

Êtes-vous inquiet pour garder vos dents naturelles ? _____

Vous êtes tendue au cours de visites chez le dentiste ? _____

Êtes-vous intéressé par une méthode pour vous calmer ? _____

Avez-vous un goût désagréable ou odeur dans la bouche vous r ? _____

Décrivez ce que vous souhaitez faire avec vos dents : _____

Est-ce que vous éprouvez l'un des éléments suivants ?

Dents déchaînés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mal d'oreille	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Espacées ou dents de travers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La mauvaise haleine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignement inexplicé....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sauter ou de cliquer dans les articulations de la mâchoire...	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dents manquantes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Saignement des gencives	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maux de tête	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignement des gencives	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La douleur au cou	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dentiers insatisfaisant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des douleurs aux gencives	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gagging	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

La politique de bureau

L'heure de votre rendez-vous seront réservés spécialement pour vous. Si vous ne parvenez pas à garder le rendez-vous nous avons besoin de 48 heures d'avis, sinon, il peut être nécessaire de facturer pour le temps perdu.

Il est probable qu'il y aura une différence dans les frais payés par ma compagnie d'assurance et facturés par mon dentiste. Je comprends que je suis responsable en dernier ressort de l'ensemble des frais associés au traitement effectué. Y compris les frais non couverts par mon assurance.

Date: _____

Signature du patient/tuteur : _____

Information financière

Tous les comptes payables lorsque les services sont rendus. Intérêts sur les comptes en souffrance.

Méthode de paiement :

INTERAC

VISA

MASTERCARD

AMEX

CASH

CARE CREDIT

NOUS N'ACCEPTONS PAS LES CHÈQUES

Permis de conduire _____ Carte de crédit _____ Exp. ____ / ____

Date: _____ Signature du patient/tuteur : _____