

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

E-MAIL :@.....

Nom de l'assure :

Numéro de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle :

Comment avez-vous connu le cabinet :

RENSEIGNEMENT DE SANTÉ

Avez-vous des problèmes de santé ?

Non Oui Précisez :

Prenez-vous un traitement médicamenteux ?

Non Oui Précisez :

Avez-vous des allergies connues (produits, médicaments) ?

Non Oui Précisez :

Avez-vous déjà été opéré ?

Non Oui Précisez :

Nom du dentiste :

Date de la dernière visite :

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date

Signature du patient :