Docteur
Jonatan Beley
Chirurgien - Dentiste
Exercice limité
à la chirurgie buccale
et à l'implantologie

QUESTIONNAIRE MEDICAL et DENTAIRE

Mme ☐ Melle ☐ Mr ☐ Nom : …….. Prénom : ……
Profession : ……. Date de naissance : ……..

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom de votre médecin généraliste : ……

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?
Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous des médicaments en ce moment : Oui ☐ Non ☐
☐ Si oui, lesquels : …….

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments : Oui ☐ Non ☐
☐ Si oui, lesquels : …….

Etes-vous fumeur ? Oui ☐ Non ☐
☐ Si oui, nombre de cigarettes par jour : ……

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte : Oui ☐ Non ☐
☐ Si oui, de combien de mois :……..

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre dentiste traitant : …….

Raisons pour lesquelles votre dentiste vous adresse-t-il dans notre cabinet :
……

3, rue Edouard Belin - 57070 Metz - Technopôle
Tél : 03 87 36 90 40 - Fax : 03 87 75 97 28
www.dr-jonatan-beley.chirurgiens-dentistes.fr - E-mail : selarlregeneration@orange.fr

Docteur
Jonatan Beley
Chirurgien - Dentiste
Exercice limité
à la chirurgie buccale
et à l'implantologie

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et de ses prescriptions médicales.

Metz, le

Signature :

3, rue Edouard Belin - 57070 Metz - Technopôle
Tél : 03 87 36 90 40 - Fax : 03 87 75 97 28
www.dr-jonatan-beley.chirurgiens-dentistes.fr - E-mail : selarlregeneration@orange.fr