

Docteur Jean-Charles BEYAERT

Chirurgien-Dentiste diplômé de la Faculté de PARIS VII
Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Cserd



Madame, Monsieur,

Vous allez pour la première fois consulter le Docteur BEYAERT Jean-Charles. Nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire administratif et médical ci-joint.

Nous vous informons que notre secrétariat téléphonique est ouvert tous les après-midi de 13h30 à 19h00 du lundi au jeudi. Vous pouvez nous renvoyer vos documents signés par courriel à : **secretariatimplant@jcb.one**

A la fin de votre consultation, il vous sera remis un plan de traitement médical chiffré que vous pourrez transmettre à votre mutuelle.

Notre cabinet se situe au 3D, allée de la Concorde à Orléans. Il s'agit d'une allée piétonne. Si vous utilisez le GPS pour nous trouver, nous vous conseillons de rentrer l'adresse du Centre des Finances de Coligny : 131, rue Faubourg Bannier à Orléans. Vous disposez également de l'arrêt de tram Coligny Ligne A, à quelques pas du cabinet.

Il n'y a pas de stationnement prévu au niveau du cabinet dentaire.

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Mr, Mme, Melle Nom du patient :Prénom :

Date de naissance : N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel (prof) :Tel (portable) :

Tel (perso) :.... ..

E-mail :

Profession :

Quel est le nom de votre dentiste traitant ?

Quel est votre poids :

Docteur Jean-Charles BEYAERT

Chirurgien-Dentiste diplômé de la Faculté de PARIS VII
Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Cserd



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Afin de remplir correctement le questionnaire médical, vous devez **entourer les mentions utiles**.

Prenez-vous des médicaments ? oui non
Si oui lesquels :

Etes-vous fumeur ? oui : <10/j ou 10>/j non

Avez-vous des problèmes de santé ?

Ostéoporose : oui non
Si oui, êtes-vous traité(e) par :
Aclasta, Actonel, Adavance, Alendronate, Aredia,
Bondronat, Bonfos, Bonviva, Clastoban, Didronel,
Fosamax, Fosavance, Lytos, Paminject, Ostéпам, Skelid,
Teva , Zometa, Prolia, Xgera, Avastin, Sutent

Allergies :
Etes-vous allergique ? oui non
Aux pénicillines ? oui non
A la bétadine ? oui non
A d'autres médicaments ? oui non
Si oui lesquels ?
.....

Au latex ? oui non

**Avez-vous eû des réactions
anormales suite à des
anesthésies locales** oui non

Diabète :
Etes-vous diabétique ? oui non
Si oui êtes-vous équilibré ? oui non

Prenez-vous un anticoagulant oui non
lequel :

Cardio-vasculaires :
Porteur de valve oui non
Infarctus / Angine de poitrine oui non
Rhumatisme articulaire aigu oui non
Malformation oui non
Insuffisance aortique mitrale oui non

Maladies inflammatoires : oui non
Si oui, êtes-vous traité(e) par :
Enbrel, Humira, Rémicade oui non

Pulmonaires :
Asthme oui non
Insuffisance respiratoire oui non
Embolie pulmonaire oui non

Rénaux :
Insuffisance rénale oui non

Sanguins :
Hémophilie oui non

Ophthalmique :
Glaucome oui non

Nerveux :
Tétanie oui non
Crise d'épilepsie oui non
Perte de connaissance oui non

Autres :
Prenez-vous un traitement de :
Lithium oui non
Méthotrexate oui non
Remicade, Humira, Enbrel oui non

Etes-vous porteur (euses) du virus HIV ? oui non

Digestifs :
Ulcère oui non

Pour les femmes :
Etes-vous porteuse ou envisagez –vous
De porter un stérilet ? oui non

Pour les hommes :
Avez-vous des problèmes d'incontinence prostatique
oui non

Etes-vous claustrophobe ?
oui non

**Je soussigné(e)..... certifie l'exactitude
et la sincérité des réponses ci-dessus et m'engage à tenir le secrétariat du Dr BEYAERT
Jean-Charles informé de tous changements de mon état de santé ou modifications de
traitement médicamenteux.**

Fait le :

Signature :