

# Fiche de renseignements sur le patient

## Patientenerhebungsbogen



Nom de famille: Familiename:	_____	Prénom: Vorname:	_____
Date de naissance: Geburtsdatum:	_____	Nationalité: Staatsangehörigkeit:	_____
Matricule: Versicherungsnummer:	_____	Assurance: Versicherung:	_____
Connaissance linguistiques: Sprachkenntnisse:	_____		

### Uniquement pour les personnes mineures : Tuteur légal

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Nom de famille: Familiename:	_____	Prénom: Vorname:	_____
Date de naissance: Geburtsdatum:	_____	Nationalité: Staatsangehörigkeit:	_____

### Données de contact

Kontaktdaten

Numéro et rue: Hausnummer und Straße:	_____	commune: Ort:	_____
code postal: Postleitzahl:	_____	Pays : Land:	_____
Numéro de téléphone fixe/portable: _____ Telefon-/Handynummer:			
Courriel: _____ E-Mail:			

### Veuillez répondre avec la plus grande exactitude possible aux questions suivantes relatives à votre état de santé!

Les informations sont soumises à l' obligation de secret médical et aux dispositions relatives à la protection des données et sont traitées de manière strictement confidentielle.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Maladie cardiovasculaire Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ja nein	Êtes-vous enceinte?: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ja nein
Problèmes de coagulation sanguine Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, depuis combien de mois?	_____ mois Monat
Épilepsie Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Asthme/maladies pulmonaires Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres maladies: Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Syncope Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	
Diabète Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	
Maladie du foie/hépatite Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	
Maladie du rénales Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	
Rhumatismes/arthrite Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	

maladie de la thyroïde

Schilddrüsenerkrankung

Tuberculose

Tuberkulose

Infection VIH/stade SIDA

HIV-Infektion/Stadium AIDS

Maladies infectieuses (par. ex SARM)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Toxicomanie

Drogenabhängigkeit

Fumeur

Raucher

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

Allergies ou intolérances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anesthésie locale/piqûres

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotiques

Antibiotika

Analgésiques

Schmerzmittel

Autres:

Andere:

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

Avez-vous déjà subi une radiographie dentaire?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Si oui, quand?

Wenn ja, wann?

☐ oui

☐ non

Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Si oui, lequel?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

☐ oui

☐ non

Quel médicaments prenez vous régulièrement ou actuellement?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

depuis

seit

depuis

depuis

depuis

depuis

depuis

Lieu

Ort

,

le

,

den

Signature:

Unterschrift