

Nom : _____ Femme Homme

Adresse : _____ Ville _____

Code postal _____

Téléphones: Domicile _____ Travail _____ Poste _____ Cellulaire _____

Désirez-vous que nous confirmions vos rendez-vous par courriel, si oui l'inscrire : _____

Date de naissance : _____ Âge _____

Cochez la case : Célibataire En couple Séparé Autre _____

Si vous êtes étudiant : temps plein temps partiel

Nom de l'école actuelle _____

Nom de vos parents : _____

Contact en cas d'urgence : _____ Téléphone _____

Vous êtes originaire de quelle ville/région/pays ? _____

Quelle est votre occupation _____ Votre Employeur : _____

Vous avez étudié à quelle école/Cegep/Université ? _____

Nom de votre conjoint(e) et son occupation _____

Le nom de vos enfants et leurs âges _____

Qu'y a-t-il de plus chouette que d'aller chez le dentiste ? _____

De quelle façon nous connaissez-vous?

Site web www.dentiste-troisrivieres.ca

Pages jaunes Passé devant la clinique Publicités papier Facebook Google

Autres sites internet Télévision Radio Journal Magazine

Un membre de la famille vient ici veuillez inscrire son nom: _____

Référé par un ami veuillez inscrire son nom: _____

J'ai reçu votre lettre par la poste

Si enfant moins de 9 ans et moins ou êtes prestataire de l'aide sociale, veuillez inscrire votre numéro de carte d'assurance maladie et date d'expiration : No RAMQ : _____ exp. _____

Aide sociale : Oui Non Depuis combien de temps ? _____

Assurez-vous de toujours avoir en main votre carnet valide, il vous sera nécessaire de le présenter à la secrétaire à chaque rendez-vous.

Êtes-vous autochtone ? Oui Non Inscrivez votre # de bande _____

Vos assurances sont votre responsabilité, nous ne sommes pas responsables des réclamations aux assurances, mais voulons bien vous aider.

Assurance dentaire : Oui Non # de police : _____ # de certificat : _____

Nom de l'assurance : _____

Nom de l'assuré : _____

Lien avec vous ? _____ Date de naissance _____

Nom de l'employeur _____

Maximum assuré par année ? _____ Quel montant est votre franchise ? _____

Combien avez-vous utilisé cette année ? _____

Avez-vous des Assurances additionnelles ? _____

HISTOIRE MÉDICALE

Date de votre dernier rendez-vous médical _____

Nom de votre médecin : _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Oui Non

- Trouble cardiaque ?
- Cholestérol?
- Pacemaker?
- Haute / basse pression ?
- Fièvre rhumatismale ?
- Trouble rénal ?
- Diabète ?
- Hépatite / maladie du foie ?
- Anémie ?
- Saignements prolongés ?
- Épilepsie ?
- Tuberculose ?
- Maladie respiratoire ? (bronchite, asthme)
- Arthrite ?
- Ostéoporose?
- Avez vous déjà pris des médicaments pour l'ostéoporose?
- Glaucome / cataracte ?
- V.I.H. / sida ?
- ITSS ? (infections transmissibles sexuellement et par le sang)
- Précisez _____
- Est-ce réglé?
- Troubles nerveux ?
- Troubles thyroïdiens ?
- Troubles digestifs ?
- Ulcère de l'estomac ?
- Avez-vous des prothèses articulaires ?
- Maux de tête fréquents ?
- Perte de conscience / étourdissements?
- Maux d'oreilles ?
- Allergies :
- Rhume des foins
- Pénicilline
- Aspirine
- Iode
- Sulfites
- Anesthésie locale
- Autres antibiotiques : _____
- Autres allergies : _____
- Êtes-vous enceinte présentement
- Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle
- Prenez-vous des médicaments ?
- Médication actuelle : _____

Avez-vous pris de la cortisone au cours de la dernière année?

Êtes-vous fumeur ?

Combien de cigarettes par jour? _____

Prenez-vous des drogues telle la cocaïne ?

Interventions chirurgicales Année

_____ ()

_____ ()

_____ ()

Avez-vous eu des traitements de radiothérapie?

traitements de chimiothérapie?

HISTOIRE DENTAIRE

Raison de votre visite aujourd'hui?

Je veux avoir un examen complet et savoir mes besoins actuels

Je viens pour une consultation

J'ai de la douleur et un besoin d'aide immédiatement

Je vais bien, je veux simplement avoir un nettoyage

Autres _____

Combien de temps depuis votre dernier rendez-vous dentaire _____

Nom de votre ancien dentiste _____

Localité de votre ancien dentiste _____

Oui Non

A quel type de traitement vous attendez-vous ?

- Traitement idéal

- Traitement de compromis (extractions/plombages)

Votre sourire vous plaît-il?

Si vous pouviez changer quelque chose de votre sourire, que changeriez-vous? _____

Avez-vous déjà eu :

Traitements des gencives ?

Hémorragie ?

Traitement d'orthodontie ?

Traitement de canal ?

Extraction ou chirurgie buccale ?

Radiographies dentaires ?

Implants dentaires?

Avez-vous des

Douleurs / difficultés lorsque vous ouvrez la bouche ?

Douleurs au froid/chaud/sucré

Saignements des gencives?

Dents manquantes non remplacées?

Dents mobiles?

Récessions gingivales

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires?

J'ai évité les traitements dentaires dans le passé parce que

J'avais peur de l'anesthésie J'avais peur du bruit

J'avais peur d'avoir de la douleur

Je n'avais pas le temps Je n'avais pas l'argent

Je n'en sentais pas le besoin

Nous aimerions vous connaître plus...

Je change de dentiste parce que...

J'ai déménagé, avant j'étais à _____

La personnalité des anciens Drs/Employées

Dentiste ne pratique plus

Problèmes de communication

Traitements inadéquats

Besoin d'un second avis ou une meilleure option de traitement

Je recherche un dentiste et une équipe qui comprennent mes besoins

Je veux être avec la meilleure équipe dentaire en Mauricie

Mon ancien dentiste n'était pas drôle

Fréquence de vos anciens examens/nettoyages dentaires:

1 fois/an 2 fois/an 3 fois/an 4 fois/an

Urgence seulement

Voulez-vous en savoir plus sur

- Les implants dentaires
- Les greffes osseuses
- Le protoxyde d'azote (gaz qui réduit le stress)
- Les greffes de gencive
- L'alloderm
- Invisalign ou l'orthodontie invisible
- L'orthodontie
- L'orthopédie dentofaciale
- Quand venir pour la première fois avec son enfant
- Les dents de sagesse
- Les traitements de gencives (parodontie)
- Les traitements de canaux
- Les blanchiments dentaires
- Les moyens de paiement DentoPlan



Je soussigné déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage, par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seuls accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Signature du patient : _____ Date : ____ / ____ / ____

Signature du dentiste: _____ Date : ____ / ____ / ____



CLINIQUE DENTAIRE
DANIEL RIOUX

Politique d'annulation de rendez-vous

Le présent texte a pour but de vous faire part de notre politique d'annulation de rendez-vous. Nous tenons aussi à vous expliquer pourquoi il est **hypothéquant** et **déstabilisant** pour nous lorsque les patients ne respectent pas leurs rendez-vous. Nous demandons aux patients de bien vouloir **nous aviser un minimum de 48 heures** avant l'heure prévue de leur rendez-vous pour toute absence.

Nous sommes une équipe qui travaille à la préparation de votre rendez-vous afin de bien recevoir et de bien vous servir. Que ce soit le dentiste qui prend connaissance de votre dossier, prépare l'intervention et analyse les radiographies, la secrétaire qui planifie méticuleusement la journée aux 10 minutes, l'hygiéniste qui révise votre dossier, l'analyse et monte sa salle ou l'assistante dentaire qui stérilise les instruments, désinfecte la salle et installe les instruments, il y a beaucoup de planification derrière la préparation de chaque rendez-vous. Lorsque 1 heure ou même 2 heures vous sont réservées, elles le sont **exclusivement** pour vous. Nous nous engageons à le respecter dans la mesure du possible malgré les inconvénients et retards dont nous n'avons pas le contrôle.

De plus, tous les jours, nous recevons des appels d'urgence de patients en douleur voulant être vus le plus rapidement possible. Le fait de prendre un rendez-vous et de ne pas se présenter nous empêche de recevoir ces personnes et de les soulager.

Suite à la lecture de ce texte, je comprends pourquoi il est important d'aviser l'équipe de la clinique dentaire pour toute absence un minimum de 48 heures avant l'heure prévue de mon rendez-vous sans quoi **des frais de 30,00\$ pourraient s'appliquer.**

Nom en lettre moulée : _____

Signature du patient : _____ Date : _____

Merci beaucoup
L'équipe de la clinique dentaire Daniel Rioux