



*Nom : _____ *Prénom : _____ *Date de naissance : _____

*Localité : _____ *Adresse : _____ *NPA : _____

*N°tél : _____ *E-mail : _____

J'accepte d'être informé des **dernières nouveautés** disponibles dans le cabinet dentaire
(Sans engagement, résiliation à tout moment)

*Si je suis mineur, mon **représentant légal** se présente aussi SVP*

*Nom : _____ *Prénom : _____ *Date de naissance : _____

Mes **frais dentaires** sont pris en charge par

*Moi-même *Un service social

Si c'est un **service social**, quel est son nom ? _____

*Disposez-vous d'une **assurance complémentaire dentaire** ? Oui Non

Si **oui**, quel est son nom ? _____

Votre **santé générale**

 *Prenez-vous des **médicaments** ? Oui Non

Si **oui**, pour : Le sang L'épilepsie Les os Un cancer Une maladie auto-immune

 *Avez-vous des **allergies** (latex, médicaments, autre) Oui Non

Si **oui**, lesquelles ? _____

 *Avez-vous rencontré un **problème cardiaque**
(Valve cardiaque, endocardite, malformation, souffle) ? Oui Non

Si **oui**, lequel ? _____

 *Portez-vous du **matériel prothétique** ? Oui Non
(Plaque, visse, pacemaker)

Si **oui**, depuis : Moins d'un an Plus d'un an

Votre santé bucco-dentaire

 *À quand remonte votre *dernière visite* chez le médecin-dentiste ?

Plus de deux ans

Plus d'un an

Quelques mois

 *Avez-vous des dents qui se sont cassées par le passé ?

Oui

Non

 *Est-ce que des *aliments se coincent* entre les dents ?

Oui

Non

 *Quelle *importance* accordez-vous à votre santé bucco-dentaire ?

Grande

Faible

 *Comment avez-vous *découvert* PanaDent ?

Relation

Google

Réseaux sociaux

 *Motif de la consultation : _____

Case à cocher pour accepter les CG (en guise de signature), à intégrer dans une fenêtre si possible

§ J'autorise mon médecin-dentiste traitant à transmettre à toutes personnes, institution ou autre intervenant les données nécessaires à la réalisation de mon traitement. J'autorise également la transmission des données relatives à la facturation et à l'encaissement des honoraires dus pour les prestations médico-dentaires dont j'ai bénéficié (Caisse pour médecin-dentistes SA et EOS Suisse SA).

Je m'engage à me présenter à **l'heure** aux consultations et à décommander un rendez-vous au **minimum 24h à l'avance**, faute de quoi celui-ci pourra m'être **facturé**. Les rendez-vous décommandés sont **raisonnablement limités**. PanaDent se réserve le droit de ne plus me prendre en charge en cas de manquements à répétition.

En comptant sur votre collaboration, nous vous souhaitons **d'agréables soins et restons à votre entière disposition**. §