

Bienvenue dans notre cabinet d'orthodontie!

Nous souhaitons votre bien-être dans notre cabinet. Nous mettons tout en œuvre pour vous satisfaire. Pour commencer on a besoin de vos dates personnelles.

_____	_____	_____
Nom, Prénom du Patient	Date de Naissance	Numéro de téléphone
_____	_____	_____
Nom, Prénom du Patient (si pas identique)	Date de Naissance	Assurance
_____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rue et Numéro	Code postal, ville	pour les assurés privés: êtes-vous autorisé à l'aide ?
_____	_____	
Métier	Autres numéros de tél. (privé, portable, travail) et/ou adresse électronique	
_____	_____	_____
Médecin (pédiatre ou médecin traitant)	<u>Dent</u> iste	Numéro du <u>Dent</u> iste, si connus

Avec ce « questionnaire médical dentaire » on veut traiter le mieux possible 😊. Les déclarations que vous faites pour vous ou votre enfant sont très importantes pour le traitement médical dentaire. S'il vous plait, pour votre santé lisez attentivement les questions – Si vous ne comprenez pas la question posée, indiquez celle-la avec un '*'. Le médecin vous l'expliquera pendant la consultation.

Point critique: Maladies générales

	oui	non		oui	non
Allergies _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Maladies du coeur _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(surtout : latex, métal, matières artificielles, rhume des foins, névrodermite)			(p.ex. : maladie des valvules, endocardite, myocardite, arythmie)		
Maladies des voies respiratoires _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Maladies du sang _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(surtout : rhume des foins, asthme, rhumes fréquents et/ou amygdalite)			(p.ex. : hypertension/hypotension, coagulation dysfonctionné = "hémorragie abondante")		
Graves maladies infectieuses _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Autres maladies graves _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(p.ex. : SIDA ("séropositif(-ive) »), hépatite {Jaunisse}, tuberculose)			(p.ex. : maladie de thyroïde, de foie et/ou du tube gastro-intestinal, diabète {sucre})		
Maladies du système nerveux _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Hautes charges mentales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(p.ex. : névralgie, épilepsie)			(domaine privé, du travail)		

Point critique: "Articulation maxillaire" et maladies liées

	oui	non		oui	non
Douleurs d'articulation maxillaire _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Sons de l'articulation maxillaire _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(douleurs à/dans l'oreille, du muscle masticateur ou facial, à la tempe ou à la nuque)			(« craquement » ou « frottement » lors l'ouverture de la bouche ou/et mâcher/bâiller)		
Douleurs au dos ou à la tête _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Sons dans l'oreille (« Acouphène ») _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
« Grincement/Serrer » des dents _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Accidents, blessures _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(Contraction du muscle masticateur {au matin}?)			(Même de voitures, accidents de bagatelle)		

Point critique: Autres symptômes de type orthopédique

	oui	non		oui	non
Ronfler _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Respiration par la bouche /		
Fatigue de jour _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Manque de fermeture des lèvres _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(le sentiment de ne pas avoir assez dormis? Micro-sommeil au volant ? S'endormir pendant la journée ?)			(Bouche sèche au matin ? Sauf : sport, rhume...)		
Troubles de respirations (ds la nuit) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Mauvaise haleine _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(ou bien une respiration irrégulière, remarquée par le partenaire p.ex.)					

Quels **médicaments** prenez-vous/votre enfant en ce moment? _____

Contre quel **médicament** avez-vous/votre enfant une **incompatibilité**? _____

Quand et de quelle partie du corps à-t-on fait une **radiographie** la dernière fois? _____

Quand et chez quel médecin a-t-on fait une **radiographie des dents et/ou de l'articulation maxillaire** durant les 12 derniers mois? _____

Pour les femmes: Peut on exclure à cet instant **définitivement** une **grossesse**? (Radio!) oui non

Votre dentiste fait-il régulièrement la **prévention** chez vous/votre enfant? Je ne sais pas oui non

Comment avez-vous entendu parler de nous?

(par votre médecin, vos amis, connaissances, famille, « Gelbe Seiten », internet, « Autres ») _____

On vous remercie pour les déclarations faites. Celles-ci sont soumises au **secret médical** – S'il vous plaît lors d'un changement de vos **dates personnelles** ou de **votre état de santé**, pendant le traitement d'orthodontie, n'oubliez pas à nous le **soumettre immédiatement**.

Malheureusement pas à éviter: Nous aussi nous avons des points importants dans la rubrique :

"Clauses en petits caractères" (⊗):

Annulation de rendez-vous à court terme

Prière de prendre en considération le fait que nous fixons des rendez-vous pour prendre le temps nécessaire au conseil et au traitement. **Si un jour vous ne pouvez pas respecter le rendez-vous, veuillez le nous en informer le plutôt que possible**, au plus tard 24 h en avance. Sinon on est obligé de facturer **25,- € pour chaque quart d'heure** prévue.

Libération du secret médical

Lors d'un traitement d'orthodontie il est souvent inévitable de travailler dans un réseau interdisciplinaire. Votre assurance souhaitera vos dates personnelles relevant pour la diagnose, *avant* son assentiment de financement. Pour éviter encore plus de bureaucratie et ralentissement on vous pris de **nous libérer du secret médical vis-à-vis de nos collègues et de votre assurance**.

Pour les détenteurs d'une carte d'assuré social

On vous pris **d'emmener votre carte d'assurance actuelle (!) à chaque rendez-vous du premier trimestre**. Si on a pas ressue la carte au plus tard 14 jour avant la fin du trimestre, on est autorisé à vous donner une facture privé par la "Gebührenordnung für Zahnärzte".

Protection des données

On vous demande votre autorisation d'utiliser vos dates du traitement (Radios, empreintes des dents, Photos des dents comme des photographies en profil et en-face) à l'occasion de présentations scientifiques. Vos dates seront certainement anonymisées.

Avec votre signature vous confirmez la justesse de vos indications faites, votre prise de conscience des mentions, la libération du secret médical comme l'utilisation de vos dates relevant du traitement indiquées si dessus.

Berlin, le _____

Date

Signature (Investi(e) de l'autorité parentale)

Yooopppiiieeee !!! **Après ces « formalités »** on peut se concentrer sur votre traitement d'orthodontie, votre

santé et l'obtention de l'optimum esthétique et fonctionnel des dents. Si vous avez des questions, difficultés, problème, critiques, malentendus, des idées lors du conseil ou du traitement n'osez pas à nous demander. Nous sommes toujours d'heureux d'avoir des réactions positives ☺

Mais d'abords nous sommes ravies de pouvoir vous aidez,

Votre équipe d'orthodontie "Ermer & Partenaire"