

Französisch **Questionnaires d 'inscription et questionnaires de santé**

Patient: .....  
Nom ..... prénom ..... né .....

Preneur d'assurance: .....  
Nom ..... prénom ..... né .....

Adresse: .....  
Rue ..... numéro ..... téléphone .....  
Code postal ..... ville ..... pays .....

Assurance-maladie: .....

Profession/ employeur: .....

**Veillez répondre précisément aux questions suivantes concernant votre état de santé !**

**Maladies de la circulation cardiaque :**

- Hypertension oui non
- Affection valvulaire card. oui non
- Remplacement de La valvulecard oui non
- Stimulateur cardiaque oui non
- Endocardite oui non
- Opération cardiaque oui non

**Maladies infectieuses:**

- SIDA oui non
- Hépatite oui non
- Tuberculose oui non

- Attaques (épilepsie) oui non
- Asthme/ maladies pulmonaires oui non
- Troubles de la coagulation sanguine oui non
- Diabète oui non
- Toxicomanie oui non
- Maladies des reins: oui non
- Evanouissement oui non

**Allergies / incompatibilités:**

- Anesthésie locale / piqûres oui non
- Antibiotiques oui non
- Antalgiques oui non
- Métaux: .....

**D'autres maladies:** .....

**Etes-vous enceinte** oui non

**Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou actuellement?**

Je m'engage à communiquer immédiatement tout changement pouvant intervenir au cours de la période de traitement.

.....,le .....  
Signature

Praxisstempel:

Notizen: