

(français)



Fiche de renseignements sur le patient

Patientenerhebungsbogen

Nom de famille:
Familiennamen: _____

Date de naissance:
Geburtsdatum: _____

Pays et lieu d'origine:
Herkunftsland/-ort: _____

Connaissances linguistiques:
Sprachkenntnisse: _____

Prénom:
Vorname: _____

Nationalité:
Staatsangehörigkeit: _____

Uniquement pour les personnes mineures: Tuteur légal

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Nom de famille:
Familiennamen: _____

Date de naissance:
Geburtsdatum: _____

Prénom:
Vorname: _____

Nationalité:
Staatsangehörigkeit: _____

Données de contact

Kontaktdaten

Numéro de téléphone fixe/portable:
Telefon-/Handynummer: _____

Courriel:
E-Mail: _____

Domicile actuel (rue/numéro/commune):
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

N tél. de l'intermédiaire linguistique/interprète:
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

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 oui non
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Problèmes de coagulation sanguine oui non
Blutgerinnungsstörungen

Épilepsie oui non
Anfallsleiden (Epilepsi)

Asthme/maladies pulmonaires oui non
Asthma/Lungenerkrankungen

Syncopes oui non
Ohnmachtsanfälle

Diabète oui non
Diabetes/Zuckerkrankheit

Maladie du foie/hépatite oui non
Lebererkrankung/Hepatitis

Maladies rénales oui non
Nierenerkrankungen

Rhumatismes/arthrite oui non
Rheuma/Arthritis

maladie de la thyroïde oui non
Schilddrüsenerkrankung

Tuberculose oui non
Tuberkulose

Infection VIH/stade SIDA oui non
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Maladies infectieuses (par ex. SARM) oui non
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Toxicomanie oui non
Drogenabhängigkeit

Fumeur oui non
Raucher

Êtes-vous enceinte? oui non
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Si oui, depuis combien de mois?mois
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Autres maladies: oui non
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

Allergies ou intolérances:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anesthésie locale/piqûres oui non
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotiques oui non
Antibiotika

Analgésiques oui non
Schmerzmittel

Autres:
Andere:

Avez-vous déjà subi une radiographie dentaire?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

oui non
ja nein

Si oui, quand?

Wenn ja, wann?

Avez-vous des problèmes de mastication suite à un manque de dents?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

oui non

Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

oui non

Si oui, lequel?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Quels médicaments prenez vous régulièrement ou actuellement? depuis

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... depuis

..... depuis

....., le

, den

Signature:

Unterschrift: