Стоматологический кабинет Доктора GALLION-HEILI-LAFON-GROLLEMUND-SATY

Зубные помощницы: Александра, Лоренс, Люси, Мария, Veronique, Zora

# dentistesjaures@gmail.com

Госпожа, Господин,

Мы вас благодарим за доверие, которое вы нам оказываете, вам посещая наш стоматологический кабинет

#  Административные сведения.

Фамилия………………….…………….…….Имя…………………………..Дата рождения … … ….

Адрес……………………………………………….…Город…………………….. Тел … …..

(Важно) Адрес электронной почты ……………………………………………………….

#  Медицинская анкета.

Лечащий врач: … … … …

текущее Применение мер медицинского характера … …..

Возраст … … …

 Имеете ли вы следующие симптомы: Кашель … … Температура … … Головные боли … … Были ли вы зараженны Covid19? /

Если да, Когда? .......................... (+ или – 2 недели) /

Вы были протестированы? да нет. дата?............................../Результат /

 Медицинские осложнения:

Дыхательные Расстройства …/ Диабет /

Кардиососудистые (Гипертония … …. Хирургия сердечный больной … … … …. ..

Инсульт … … Коронарный … … … Инфаркт … … …. …. Порок )./

Почечная недостаточность /

Рак /

Расстройства неврологические (Беспокойство … … …. Потеря сознания … ….

Эпилепсия … …)./

Проблемы свертывания крови (антикоагулянты, antiagrégants)/

Другие

………………………………………………………………………………………………………../

Аллергии /

Пожалуйста, прочтите список медикаментов, упомянутых в приложении и информируйте нас, если вы принимаете какие либо из них.

Информируйте нас о любом изменении применения мер медицинского характера.

 Для пациентов женского рода:

Беременность?................... Количество месяцев /

Вероятное предписание не стероидных анти-воспалительных лекарств, нас обязывает у вас спросить, имеете ли Вы не-гормональный стерилет /

#  Организация приёма

**Для санитарной безопасности наших помощниц и пациентов, мы предпочитаем назначение приёма исключительно по телефону и его подтверждение электронной почтой.**

Настоящий бланк записи должен быть нам отправлен **электронной почтой на**

#  следующий адрес dentistesjaures@gmail.com за 2 дня до приёма (rdv)

Будьте добры не забывать вашу **Страховую Карту** и **свидетельство CMU,** если вы пользуетесь этим режимом.

Дата и подпись**:**

 ПРИЛОЖЕНИЕ:

# Принимаете ли вы один из этих медикаментов?

**PRINCEPS PRADAXA**

**DIDRONEL XARELTO CLASTOBAN ELIQUIS LYTOS**

**SKELID AREDIA FOSAMAX FOSAVANCE ACTONEL BONVIVA BONDRONAT ZOMETA ACLASTA**