

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

*Nous vous remercions de consacrer quelques minutes pour remplir ce questionnaire de bienvenue, confidentiel, destiné à la constitution de votre dossier médical.
A remettre à la secrétaire médicale lors de votre première consultation.*

Nom : Prénom : Nom du médecin traitant :
Date de naissance : ... /... /... Sexe : M F Ville du médecin traitant :
Adresse domicile :

Code postal : Ville :
N° de téléphone :
Adresse email :@

Antécédents :

Avez-vous des allergies ? Médicaments, anesthésique, pollens, acariens, animaux, aliments ? oui non

Précisez :

Avez-vous été opéré ? Amygdales, sinus, oreille, thyroïde, autre... ? oui non

Précisez :

Avez-vous des maladies particulières ? Diabète, HTA, insuffisance rénale, troubles de la coagulation... ? oui non

Précisez :

Prenez-vous des traitements anti-coagulants ? Kardégic, Aspirine, Préviscan... ? oui non

Précisez :

Prenez-vous d'autres traitements ? oui non

Précisez :

Etes-vous en ALD (maladie à 100%) ? oui non

Précisez pour quelle maladie :

Habitudes de vie :

Quelle est votre profession ? :

Fumez-vous ? oui non

Etes-vous exposé aux bruits forts dans votre profession ou vos loisirs ? Tirs, concerts, baladeur ? oui non

Faites-vous des sports à risque auditif ? Plongée sous-marine, parachutisme...? oui non

Vous avez connu le cabinet par :

votre médecin une connaissance le site Internet les pages jaunes

Motif de votre consultation ce jour :

Vous souhaitez aussi de l'information sur :

- Traitement des rides
- Injection de toxine botulique
- Injection d'acide hyaluronique
- Rajeunissement du regard (poches, cernes, paupières tombantes)
- Amélioration de l'ovale du visage
- Amélioration du cou
- Amélioration de l'aspect du nez
- Restauration des volumes du visage (joues, pommettes, dessin des lèvres, cernes, tempes)
- Autre :