

**Cabinet Dentaire
Dr. Kurt Fleck
Dr. S.H. Höhn-Fleck
Wilhelm-Leuschner-Str.16
64347 Griesheim
06155-5716**

Bienvenue dans notre cabinet dentaire!

Chère Patiente, cher Patient,

Toutes sortes de maladies peuvent avoir un impact sur vos soins dentaires.
Afin que les soins dont vous avez besoin correspondent à vos souhaits et soient compatibles avec votre état de santé, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Lisez avec attention et remplissez les 5 pages suivantes.

En tant que professionnels de la santé nous sommes liés au secret médical selon l'article STGB § 203 du droit Allemand et les informations que vous nous soumettez n'ont que pour but de vous soigner en accord avec votre état de santé. Si vous n'êtes pas sûr(e) de savoir répondre à certaines questions, n'hésitez pas à nous demander, nous vous aiderons.

L'équipe du cabinet dentaire.

Merci de remplir et d'entourer la bonne réponse.

Nom de famille du Patient	Prénom	Date et Lieu de Naissance
---------------------------	--------	---------------------------

Nom de famille de la personne assurée	Prénom	Date de naissance
---------------------------------------	--------	-------------------

Adresse et n° de rue	Code Postal /Ville
----------------------	--------------------

N° de téléphone du domicile	N° de portable
-----------------------------	----------------

_____@_____
Adresse Mail

Profession	N° de téléphone professionnel
------------	-------------------------------

Bénéficiez-vous du régime d'assurance maladie publique Allemand **Oui Non**

Si oui, précisez lequel? _____

Avez-vous une assurance dentaire complémentaire? Oui Non

Avez-vous choisi vous-même votre assurance maladie ? Oui Non

Les patients assurés par une caisse publique doivent se munir de leur carte d'assurance lors de leur rendez-vous. Si vous ne nous avez pas remis cette carte sous les 14 jours suivants les soins, nous nous verrons dans l'obligation de vous facturer les soins pratiqués aux conditions/tarifs des assurés du régime d'assurance maladie privé.

Bénéficiez-vous du régime d'assurance maladie privé Allemand **Oui Non**

Si oui précisez lequel ? _____

Etes-vous assuré au taux de base ? Oui Non

Y-a-t-il un facteur de restriction ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'aides sociales pour votre assurance ? Oui Non

Je reconnais qu'en tant que patient couvert par le régime d'assurance maladie privé, je suis moi-même redevable des factures envers le cabinet dentaire et non pas mon assurance ni un tiers payant. Je règlerai les frais de soins dentaires à la remise de la facture sans attendre le remboursement de ma caisse d'assurance maladie ou tout autre tiers payant.

**Au cours des deux années précédentes, avez-vous été hospitalisé
ou avez-vous subi un traitement médical ?** **Oui Non**

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? **Oui Non**

Si oui, lesquels ? _____

Prenez-vous des anticoagulants ?

Lesquels ? ASS Marcoumar
 Aspirine Ticlopidine
 Clopidogrel Plavix
 autres : _____

Êtes-vous allergique à certains médicaments? **Oui Non**

Si oui, lesquels ? _____

Possédez-vous un carnet répertoriant vos allergies ? **Oui Non**

Êtes-vous particulièrement allergique à ? **Oui Non**

certains matériaux _____

certains médicaments _____

certains types d'aliments _____

Êtes-vous allergique à/au ? **Oui Non**

Pénicilline Iode

Latex autres _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque ? **Oui Non**

Si oui laquelle ? _____

Insuffisance cardiaque congénitale ou acquise? Oui Non

Dysfonctionnement des valves cardiaques,

Etes-vous porteur d'une valve cardiaque artificielle ? Oui Non

Endocardite ? Oui Non

Avez-vous subi une opération du cœur? Oui Non

Si oui, laquelle et quand ? _____

Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque? Oui Non

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes?

Maladies infectieuses? Oui Non

O Tuberculose

O VIH/ SIDA

O Hépatite Type _____

O Autres _____

Maladie du foie ? Oui Non

Hypertension ? Oui Non

Hypotension ? Oui Non

Infarctus du myocarde ou coronaropathie? Oui Non

(Néphropathie) Maladie des reins ? Oui Non

Diabète ? Oui Non

Maladie gastro-intestinale ? Oui Non

Maladie de la thyroïde ? Oui Non

Rhumatisme/ Fièvre rhumatismale ? Oui Non

Asthme/ pneumopathie ? Oui Non

Hémopathie (Maladie du sang) ? Oui Non

Neuropathie ? Oui Non

Crises convulsives (ex. Epilepsie) ? Oui Non

Autres maladies? _____

Nom et adresse de votre médecin traitant _____

Avez-vous été opéré au cours des 12 derniers mois ? **Oui Non**

Si oui, de quoi ? _____

Autre maladie ou handicap ? **Oui Non**

Si oui, la/lequelle _____

Pour les femmes, êtes-vous enceinte? **Oui Non**

Si oui, depuis combien de semaines ? _____

Fumez-vous? Oui Non si oui, combien/jour ? _____

Consommez-vous de l'alcool régulièrement? Oui Non si oui, quelle quantité ? _____

Avez-vous déjà eu des traumatismes à la mâchoire ou au visage?

Oui Non

Jusqu'à présent avez-vous supporté les injections d'anesthésie chez le dentiste?

Oui Non

Avez-vous déjà saigné abondamment après l'extraction d'une dent, (hémorragie) ?

Oui Non

Avez-vous déjà subi un traitement dentaire dû à votre état général ?

Oui Non

Date de la dernière radiographie ? _____

De quelle partie du corps ? _____

Souhaitez-vous que l'on vous rappelle vos RDV de contrôle ? Oui Non

Souhaitez-vous être informé(e) de toute notre gamme de soins dentaires ? Oui Non

Êtes-vous intéressé(e) par nos soins de détartrage/polissage professionnels? Oui Non

Date du dernier détartrage/polissage professionnel? _____

Vos gencives saignent-elles ? Oui Non

Souffrez-vous de sensibilité dentaire? Oui Non

Grincez-vous des dents "bruxisme"? Oui Non

Avez-vous des douleurs dans le dos, le coup? Oui Non

Avez-vous mauvaise haleine? Oui Non

Remarque:

Nous accordons beaucoup d'importance à la qualité des soins dispensés et au temps octroyé à chaque patient selon le traitement qui lui est nécessaire. Par conséquent, nous vous prions d'être à l'heure à votre rendez-vous. Si vous deviez annuler celui-ci, nous vous prions de bien vouloir nous prévenir 24 heures à l'avance. Faute de quoi nous nous verrons dans l'obligation de vous facturer 50€

Explication de l'anesthésie locale dentaire

On utilise l'anesthésie locale pour insensibiliser la bouche, les dents, les mâchoires, les gencives et les os maxillo-faciaux, pour votre confort, en prévenant la douleur lors des soins des caries et la pose d'amalgame (plombages), du traitement de canal (dévitalisation) ou extraction de dent(s). Cette partie sensible du corps est composée principalement de nerfs trijumeaux (nerfs crâniens) pour insensibiliser cette zone on injecte l'anesthésique aussi près que possible de la fibre du nerf, on parle d'infiltration, elle engourdit une petite surface, soit une ou deux dents. Les infiltrations ne fonctionnent habituellement pas au niveau de la mâchoire inférieure en raison de la densité osseuse. Un bloc engourdit toute une région dans la bouche, comme un seul côté de la mâchoire inférieure.

Bien que l'anesthésie locale soit une méthode sûre d'insensibilisation, des complications (telles que les réactions aux substances utilisées) ne sont pas toujours prévisibles.

Type de complication possible:

L'hématome (ou enflure remplie de sang) peut se former lorsque l'aiguille touche un vaisseau sanguin et provoque un saignement interne dans un des muscles de la mastication. L'anesthésique provoque parfois des engourdissements à l'extérieur de la zone ciblée, abaissant la paupière ou la bouche, mais ces effets disparaissent lorsque l'effet anesthésique se dissipe. Dans des cas très rares, il peut y avoir infection, si cela devait arriver, consultez votre dentiste qui saura vous soigner.

Traumatisme causé par l'aiguille

Une lésion nerveuse associée à l'anesthésie dite « bloc » du maxillaire inférieur. Dans des cas très rares elle peut causer une irritation/contusion nerveuse ce qui signifie une diminution de la sensibilité (engourdissement) passagère ou pour une plus longue durée du côté anesthésié et pourrait atteindre la moitié de la langue ainsi que la lèvre de ce côté. Il n'existe pas de traitement, il faut attendre que l'engourdissement disparaisse. Si l'engourdissement persiste après plus de 12 heures, consultez votre dentiste.

Mesure de précaution

Après avoir subi une anesthésie locale pour un soin dentaire, vous pouvez vous sentir un peu étourdi ne pas être en mesure de vous concentrer suffisamment pour conduire. Cet état passager n'est pas directement causé par le produit anesthésiant mais plutôt par le stress et l'anxiété créés par l'intervention. Vous devriez donc éviter de conduire.

Auto mutilation

Si les tissus environnants de la dent (par ex. la langue, les joues ou les lèvres) sont encore engourdis quand vous quittez le cabinet dentaire, veuillez ne pas manger ni boire tant que cet état persiste. Vous risquez de vous mordre ou de vous brûler par le chaud comme par le froid (glace).

CONSENTEMENT

- J'ai lu et compris les informations ci-dessus. On a répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai pu poser.
- Je souhaite une anesthésie locale avant chaque soin dentaire.
- Je souhaite une anesthésie locale uniquement avant des soins très douloureux.
- Je refuse toute anesthésie locale.
- Je souhaite décider avant chaque soin.

Est-ce qu'il y a autre chose que vous souhaitez nous dire? _____

Je certifie que tous les renseignements donnés sont, dans la mesure du possible, véridiques et complets.

A Griesheim, le _____
Signature du Patient / ou du Tuteur légal

Partie à remplir par le/la dentiste:

Nous avons plus particulièrement discuté les points suivants /Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen

A Griesheim, le _____
Signature du/de la dentiste