

(français)

Fiche de renseignements sur le patient

Patientenerhebungsbogen

Nom de famille:

Familiennome:

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:

Familiennome:

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:

Veillez 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

Herz-/Kreislaufkrankung

oui non

ja nein

Problèmes de coagulation sanguine

Blutgerinnungsstörungen

oui non

Épilepsie

Anfallsleiden (Epilepsi)

oui non

Asthme/maladies pulmonaires

Asthma/Lungenerkrankungen

oui non

Syncopes

Ohnmachtsanfälle

oui non

Diabète

Diabetes/Zuckerkrankheit

oui non

Maladie du foie/hépatite

Lebererkrankung/Hepatitis

oui non

Maladies rénales

Nierenerkrankungen

oui non

Rhumatismes/arthrite

Rheuma/Arthritis

oui non

maladie de la thyroïde

Schilddrüsenerkrankung

oui non

Tuberculose

Tuberkulose

oui non

Infection VIH/stade SIDA

HIV-Infektion/Stadium AIDS

oui non

Maladies infectieuses (par ex. SARM)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

oui non

Toxicomanie

Drogenabhängigkeit

oui non

Fumeur

Raucher

oui non

Êtes-vous enceinte?

Besteht eine Schwangerschaft?

oui non

ja nein

Si oui, depuis combien de mois?

Wenn ja, in welchem Monat?

.....mois

Monat

Autres maladies:

Sonstige Erkrankungen

oui non

Allergies ou intolérances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anesthésie locale/piqûres

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotiques

Antibiotika

Analgésiques

Schmerzmittel

Autres:

Andere:

oui non

oui non

oui non

oui non

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: