

Patient

Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code postale,Lieu: _____

Téléphone: _____ Profession: _____

Recommandé par: _____

Dentiste

Maladies

ADS/ADHS

Allergie

Asthme

Infection nosocominale

Hépatite/HIV

Tuberculose

Diabète

Autre Maladies? _____

Prenez-vous de manière régulière des médicaments? _____

Autre renseignements

Visite dentaire régulière ?

Sucette?

Sucement du Pouce/Doigt?

Grince des dents?

Ronfler?

Accident?

L'assuré/e

- si différent : **Tuteur**

Nom: _____ Nom: _____

Prénom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Date de naissance: _____

Rue: _____ Rue: _____

Code postale,Lieu: _____ Code postale,Lieu: _____

Téléphone: _____ Téléphone: _____

e-mail: _____ e-mail: _____

Profession: _____ Profession: _____

Caisse d'assurance maladie: _____

Si la carte d'assurance maladie n'est pas présentée, j'accepte de payer les services fournis en privé.

Sulzbach, le _____

(Signature du Tuteur)

