



(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

oui  non

Antibiotiques

Antibiotika

oui  non

Analgésiques

Schmerzmittel

oui  non

Autres: .....

Andere:



**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: