

Dr Elke Plein-Jakobs
Médecin dentiste
spécialisée en orthodontie, R.F.A.

Dr Wolfgang Jakobs
Médecin, médecin dentiste
spécialisé en chirurgie buccale

15 rue Jean-Pierre Sauvage · L-2514 Luxembourg
Tél. : (00352) 26683666 · Fax: 26683667 · E-mail : drjakobs@pt.lu · www.drjakobs.lu

Inscription

Mlle/Mme/M. _____ Date de naissance : _____

Rue _____

Code postal/ville _____ Téléphone : _____

Caisse d'assurance maladie _____ Téléphone mobile : _____

Nom de l'assuré(e) _____ Date de naissance : _____

Métier de l'assuré(e) _____

Employeur _____ Téléphone : _____

Numéro de sécurité sociale _____

Médecin-dentiste (nom, adresse) _____

Médecin (nom, adresse) _____

Dans l'intérêt d'un traitement sans complications, nous vous prions de fournir les informations suivantes en cochant les cases correspondantes :

1. Système cardiovasculaire
 - a) Hypertension oui non
 - b) Hypotension oui non
 - c) Crise cardiaque oui non
 - d) Insuffisance cardiaque oui non
 - e) Malformation cardiaque oui non
 - f) Myocardite/inflammation des valves cardiaques/endocardite oui non
 - g) Valve cardiaque artificielle oui non
 - h) Arythmie oui non
 - i) Portez-vous un stimulateur cardiaque ? oui non
2. Souffrez-vous de troubles du système immunitaire ? oui non
3. Êtes-vous porteur/porteuse du VIH ? oui non
4. Poumons/voies respiratoires
 - a) Asthme sévère oui non
 - b) Bronchite chronique oui non
 - c) Rhume des foins oui non
 - d) Pneumonie oui non
 - e) Tuberculose oui non

- f) Embolie pulmonaire oui non
5. Maladies du foie
- a) Jaunisse oui non
- b) Stéatose hépatique oui non
- c) Cirrhose du foie oui non
- d) Hépatite A oui non
- e) Hépatite B oui non
- f) Hépatite C oui non
6. Système nerveux
- a) Convulsions oui non
- b) Épilepsie oui non
- c) Paralyse oui non
- d) Dépression oui non
- e) Anxiété oui non
7. Souffrez-vous d'une maladie du sang ou de troubles de la coagulation sanguine ? oui non
8. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des pathologies suivantes ?
- a) Hypersensibilité/allergie à des médicaments (antibiotiques, analgésiques, iode...) ? oui non
Si oui, veuillez préciser : _____
- b) Allergies (latex des gants en caoutchouc, métaux...) oui non
Si oui, veuillez préciser : _____
- c) AVC oui non
- d) Diabète oui non
- e) Rhumatismes oui non
- f) Maladie rénale oui non
- g) Leucémie oui non
9. Suivez-vous ou avez-vous suivi par le passé un traitement à base de **bisphosphonates*** ? oui non
(* médicaments conçus pour améliorer la structure osseuse, en cas d'ostéoporose ou de traitement antitumoral par exemple)
Si oui, veuillez préciser : _____
10. Souffrez-vous actuellement d'autres maladies ? Si oui, veuillez préciser : _____
11. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, veuillez préciser : _____
12. Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour environ ? _____
13. Buvez-vous de l'alcool ? Parfois Régulièrement : quelle quantité ? _____
14. À quand remonte votre dernière radiographie ? _____
- Pour les femmes** : êtes-vous enceinte ? Oui, de _____ mois Non Je ne sais pas

Date _____

Signature _____