

CABINET D'ORTHODONTIE MARC-DAURIACH

Docteur François MARC

Chirurgien-dentiste Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale
Certificat d'Études Cliniques Spéciales Mention Orthodontie
Traitements d'Orthodontie pour Enfants et Adultes

RPPS : 1000080814
66 4 70261 0
SIRET : 529 460 669 00011
APE : 851E

Pôle Médical 114 Le Galien
Rue des Pommiers
66200 ELNE
Tél. 04 68 21 37 52
Email : ortho.marc@orange.fr

Consultations sur Rendez-vous

ADULTE

QUESTIONNAIRE MEDICAL ET ADMINISTRATIF

Ce cabinet d'orthodontie dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion administrative et clinique des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la transmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale.

Les informations recueillies lors de vos consultations forment l'objet, sans opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre orthodontiste*

**Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

*Réponses obligatoires

*Nom et prénom du patient		
*Date de naissance		
*Sexe		
*Adresse complète		
*Adresse Email		
*Numéro de téléphone	Fixe :	Portable :
*Profession		
*Chirurgien-dentiste traitant		
*Médecin traitant		
*Numéro de sécurité sociale		
*Caisse d'assurance maladie		
*Êtes-vous bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CMU)	Oui	Non
Mutuelle (Nom et Taux de prise en charge)		

*Adressé par	Soi-même	Chirurgien- dentiste	Médecin	Autre	
*Motif de la consultation					
*Antécédents Médicaux					
*Antécédents Chirurgicaux					
*Allergies					
*Traitements en cours					
*Problèmes particuliers (médicaux ou autres)					
*Médicament : Biphosphonates	Merci de nous dire si vous êtes ou avez été concernés par le passé par ce médicament ou par des : « myélomes multiples », « tumeurs », « hypercalcémies », « ostéoporoses ».			Oui	
				Non	
*Connaissance du cabinet d'orthodontie	Chirurgien- dentiste	Page jaune	Internet	Bouche à oreille	Autre

Dans le cas de modifications de votre état de santé et /ou des renseignements administratifs notés ci-dessus, merci de nous en tenir informé sans délais.

Date :

Nom et signature :