

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 : 10000880814
66 4 70261 0
SIRET : 529 460 669 00011
APE : 8623Z

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

ENFANT

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 télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale.

Les informations recueillies lors de vos consultations feront l'objet, sauf 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			
*Informations concernant la mère du patient	Nom et prénom : Adresse complète : Tél domicile : Tél portable : Adresse mail : Profession :		
*Informations concernant le père du patient	Nom et prénom : Adresse complète : Tél domicile : Tél portable : Adresse mail : Profession :		
*Informations concernant le responsable légal du patient (si différent de père ou mère)	Nom et prénom : Adresse complète : Tél domicile : Tél portable : Adresse mail : Profession :		
*Contact préférentiel (contact téléphonique, rappel de Rdv)	(Père, mère, autres A préciser)		
*Responsable financier (les deux parents, tuteur...)			

*Chirurgien-dentiste traitant Nom et lieux					
*Médecin traitant Nom et lieux					
*Numéro de sécurité sociale					
*Caisse d'assurance maladie					
*Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ou de L'ACS	Oui		Non		
Mutuelle (Nom et Taux de prise en charge)					
École (nom et ville)					
*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 :