

12. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie ou une opération? Oui Non
Si oui, s'il vous plaît expliquer: _____

Avez-vous ou avez-vous déjà eu une des situations suivantes? S'il vous plaît cocher celles qui s'appliquent.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire cardiaque | <input type="checkbox"/> Ulcère à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> L'arthroplastie du genou | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Arthrite/Rheumatisme | <input type="checkbox"/> Saignements prolongés | <input type="checkbox"/> Maladie du rein | <input type="checkbox"/> Problème de la thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Rhume des coins | <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires | <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Traumatismes crâniens | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Haut/bas pression sanguine | | <input type="checkbox"/> Chirurgie de remplacement de la hanche | |

Avez-vous déjà eu une maladie non inclus ci-dessus? Oui Non
Si oui, s'il vous plaît expliquer: _____

HISTOIRE DENTAIRE:

1. Avez-vous déjà eu un examen dentaire avec une série complète de radiographies de vos dents et des mâchoires? Oui Non
2. Date de votre dernière visite chez le dentiste? _____
3. Avez-vous déjà eu des complications / problèmes avec les traitements dentaires? Oui Non
Si oui, s'il vous plaît expliquer: _____
4. Avez-vous déjà eu des problèmes / réactions à l'anesthésie locale? Oui Non
5. Est-ce que vos dents sont sensibles aux: Froid Sucre Chaleur Autre _____
6. Est-ce que vos gencives saignent quand vous: Brossez Passez la soie dentaire Spontanément
7. Est-ce que vos gencives se sentent gonflées ou tendre? Oui Non
8. Est-ce que la nourriture se coince entre vos dents? Oui Non
9. Est-ce que votre mâchoire craque lorsque largement ouverte? Oui Non
10. Est-ce que—vous broyer ou serrer les dents? Oui Non
11. Raison pour votre visite d'aujourd'hui: Examen diagnostique et nettoyage? Urgence ou problème spécifique?
_____ Autre? _____

POLITIQUES DU BUREAU (à lire attentivement)

Nous aiderons nos patients à remplir leurs formulaires de réclamations d'assurance et les aiderons à réclamer des remboursements des compagnies d'assurance. Tous les services ne sont pas nécessairement couverts par les assurances et les plans dentaires ont chacun leurs particularités. Nous ferons de notre mieux pour vous aider à comprendre votre plan dentaire. **Néanmoins, c'est la responsabilité du patient de se familiariser avec et de comprendre ses bénéfices d'assurance dentaire personnels. À moins d'entente au préalable, tous services rendus doivent être payés à chaque visite.** Nous vous prions de nous aider à donner les meilleurs services possibles en vous rappelant que le rendez-vous cédulé est du temps qui vous est consacré. Par conséquent, nous exigeons un **avis de 48 heures (2 jours ouvrables)** au minimum si un rendez-vous doit être annulé ou cédulé à nouveau. **Des frais supplémentaires peuvent s'appliquer pour tout rendez-vous annulé ou manqué sans avis préalable raisonnable.** Soyez avisés que les compagnies d'assurance ne défraient pas les rendez-vous manqués. Les frais supplémentaires relèvent donc de la responsabilité du patient.

J'autorise Seaway Family Dental d'accomplir toute procédure dentaire ou diagnostique avérée nécessaire ou recommandée, incluant rayons-X, photographies et l'utilisation d'anesthésie topique ou tout autre médicament conseillé. Je comprends que si je manque un rendez-vous ou néglige d'annuler ou de cédule un rendez-vous à nouveau avec un avis de moins de 48 heures, je peux encourir des frais d'annulation de rendez-vous. J'accepte toute responsabilité des frais associés à mon traitement dentaire et de ceux de mes dépendants. J'ai lu et je comprends parfaitement les conditions reliées à mon traitement notées ci-dessus et j'accepte ma responsabilité en tant que patient à ce cabinet.

Signature du patient, parent ou tuteur(tutrice)

Date

Signature du Dentiste: