

Fiche d'inscription et questionnaire médical pour les enfants

Madame, Monsieur,

Afin de planifier le rendez-vous de votre patient au plus vite, nous vous demandons de nous aider à établir le degré d'urgence dans laquelle l'enfant doit être vu et également compléter toutes les coordonnées de l'enfant

Nom de famille _____ Prénom _____
Date de naissance ___/___/___ Nom du représentant légal _____
Adresse _____ N° postal, ville _____
Tél. mobile d'un parent _____ Email d'un parent _____
Langue parlée _____ Un interprète est-il nécessaire OUI NON
Nom et adresse du dentiste ou du cabinet dentaire qui nous adresse l'enfant

Nom du pédiatre de l'enfant _____

Assurance maladie et n° AVS _____

L'enfant est-il pris en charge par un service social OUI NON

Caisse AVS /CCA Vevey Centre régional de décision CRD /PC Famille et rente-pont

Centre social régional de quelle région

EVAM Autre

Raison pour laquelle vous nous adressez le patient :

A-t-il présenté des abcès dentaires, de la fièvre en raison d'un problème dentaire

OUI NON

Présente-t-il actuellement des douleurs

OUI NON

Pour les médecins dentistes, avez-vous déjà effectué des soins dentaires

OUI NON

Si vous avez fait des radiographies, veuillez nous les faire parvenir

OUI NON

Le traitement du patient est-il à la charge de Medident

OUI NON

Si oui, veuillez clôturer le dossier pour que nous puissions refaire une demande

D'avance, nous vous remercions de votre collaboration et de votre confiance.

Date

Signature du médecin