

**DENTAL IMPLANT CONSULTATION**  
**CONSULTATION D'IMPLANT DENTAIRE**

**Francais/French**  **Anglais/English**  **Mr.**  **Mme/Mrs**  **Mlle/Miss**

Chart# \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom/Name: \_\_\_\_\_

Adresse/Address: \_\_\_\_\_

Tel.(maison/home): \_\_\_\_\_

(travail/work): \_\_\_\_\_

Date de naissance/date of birth: \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance/

Name of insurance: \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré/

Name of insured: \_\_\_\_\_

Police/Policy: \_\_\_\_\_

Date de naissance:

Date of birth: \_\_\_\_\_

Identité/Identity: \_\_\_\_\_

**COMMENT NOUS AVEZ-VOUS DÉCOUVERT? / HOW DID YOU FIND OUT ABOUT US?**

\_\_\_\_\_

**HISTOIRE MÉDICALE ~ MEDICAL HISTORY**

1. Avez-vous des problèmes de santé?  
Do you have any health problems? \_\_\_\_\_

2. Avez-vous des allergies?  
Do you have any allergies? \_\_\_\_\_

3. Prenez-vous des médicaments?  
Are you taking any medications? \_\_\_\_\_

4. Prenez-vous des vitamines et quelle sorte?  
Do you take vitamins, if so, which kind? \_\_\_\_\_

5. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de:  
Do you suffer or have you ever suffered from any of the following:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale/ Rheumatic fever                | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque / Heart problems                  |
| <input type="checkbox"/> Diabète / Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Haute ou basse pression / High or low blood pressure |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie / Epilepsie                               | <input type="checkbox"/> Problème neurologique / Neurologic problem           |
| <input type="checkbox"/> Ulcères d'estomac / Stomach ulcers                  | <input type="checkbox"/> Asthme / Asthma                                      |
| <input type="checkbox"/> Hépatite du foie / Hepatitis                        | <input type="checkbox"/> Tuberculose / Tuberculosis                           |
| <input type="checkbox"/> Problème de glande thyroïde / Thyroid gland problem | <input type="checkbox"/> Problème sanguin / Blood problems:                   |
| ○ Hypo   ○ Hyper   | ○ Anémie / Anemia   |
|  | ○ Hémophilie / Hemophilia   |

6. Avez-vous d'autres problèmes de santé que nous n'avons pas énumérés?  
Do you have any other health problems which have not been listed?

7. Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant?    Oui / Yes    Non / No

**Ton problème dentaire et histoire/Your dental problem and history:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



