

Nom, Prénom, _____ Numéro de téléphone: _____

Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances médicamenteuses ? non oui

Existe-t-il des conditions préexistantes graves ou chroniques? non oui
lequel, depuis quand?

Avez-vous déjà subi des opérations ? non oui
lequel, quand?

Existe-t-il des maladies pertinentes chez les proches ? non oui
lequel, qui?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? non oui
lequel, dosage?

Est-ce que vous fumez ? non oui

Si oui, combien des cigarettes par jour ? _____

Avez-vous fumé dans le passé ? non oui

Si oui, jusqu'à quand ? _____ Combien d'années? _____

Combien d'alcool consommez-vous ?
quotidien parfois jamais

Si oui, combien par jour/semaine ? _____

Votre profession/travail actuel ? _____

Votre situation familiale ? _____

Répondre à ces questions sert à optimiser votre traitement, mais est bien sûr à une base volontaire.
Les données sont soumises au secret médical.