

Forme

Nom:		Sexe:	<input type="radio"/> mâle <input type="radio"/> femelle
Lieu de naissance:		Date de naissance:	
Numéro d'assuré social:		Passeport/Eu-carte:	
Email:		Mot de passe à l'accès:	
Téléphone (fixe):		Téléphone (mobile):	
Adresse:			

Êtes-vous actuellement ou dans un passé récent (10-12 mois), sous traitement médical Svp, indiquez:		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Prenez-vous des médicaments de manière régulière? Svp, indiquez:		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez vous des contres-indications allergique ou médicamenteuses? Svp, indiquez:		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Êtes vous eceinte? (iode -, penicilin-allergie, bouton) Svp, indiquez:		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Êtes vous sujets au hemorragie buccale? Svp, indiquez:		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Svp, marquez n'importe laquelle des maladies suivantes si elle se produisait dans votre vie!			
Maladie cardiaque	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Affection hépatique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Hypertension	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Problèmes gastrique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Hypotension	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Rhumatisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Course	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Asthme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Anémie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie neurale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie rénale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Épilepsie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Diabète	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Affection de la thyroïde	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Infection	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Accident	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Date du dernier rayon X dans bouche-, tête-région.			
Êtes en fait vous enceinte?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Svp, indiquez la raison de votre visite!			

Budapest, Date:

.....
signature