



Fiche d'inscription

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Nom des parents (enfant) / de l'époux: _____

Adresse: _____ No post: _____ Lieu: _____

Tel. privé: _____ Tel. prof.: _____

Natel: _____ E-Mail: _____

Profession: _____ Employeur: _____

Médecin de famille: _____

Recommandé par: _____

Prise de charge des frais: _____

OUI NON

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui les quelles ?

--	--

Prenez-vous ou avez vous pris des Bisphosphonates maintenant ou pendant les dernières 2 années ?
(Ostéoporose, Cancer)

--	--

Avez-vous des troubles cardiaques ou circulatoires?

--	--

Etes-vous anticoagulé?

--	--

Avez-vous ou avez-vous jamais eu:

Une allergie, l'asthme, rhume des foins, réaction allergique à certains médicaments ou l'anesthésie ?

--	--

Fumez-vous ? Si oui, combien ? _____

--	--

Souffrez-vous d'une maladie infectieuse grave?
(hépatite, tuberculose, SIDA etc.)

--	--

ou d'une maladie sérieuse?
(diabète sucre, rhumatisme, épilepsie...)

--	--

Pour les femmes: Êtes-vous actuellement enceinte?

--	--

Lieu et date: _____ Signature: _____