

EXAMEN MÉDICAL

L'examen ne peut pas être réalisé par le conjoint, un des parents, un membre de la fratrie ou un des enfants de la personne à examiner. **Les frais de l'examen sont à charge du requérant.** Les traits ne sont pas considérés comme réponse.

No. de contrat

.

A. Coordonnées de la personne à examiner

Nom	Profession exercée
Prénom	Rue, maison no.
Date de naissance	Code postal, -lieu

B. Questionnaire médical

1. Maladies, plaintes, accidents, tests relatifs au SIDA, allergies, diabète, conformément à l'anamnèse et aux antécédents			
1.1 Résultats des tests			
1.2 Médecin(s) traitant(s)			
1.3 Périodes de traitement			
1.4 Quand le patient a-t-il été informé par vous-même/par le co-traitant concernant les résultats?			
2. Existe-t-il un handicap?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Si oui, votre diagnostic?
3. Taille et poids	cm	kg	

Pour les personnes de 0-15 ans accomplis

4. Estimez-vous l'enfant en bonne santé et est-il exempt d'anomalies, vices et malformations (y compris les anomalies maxillaires et les mauvaises implantations de dents)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non, votre diagnostic:
4.1 Quelles procédures diagnostiques sont évt. nécessaires et le cas échéant, pourquoi?			
4.2 Quels traitements sont/ont été actuellement requis ou ont été conseillés?			
4.3 Adresse du médecin traitant ou/et du dentiste	1	Nom	Rue, maison no. Code postal, -lieu
	2	Nom	Rue, maison no. Code postal, -lieu

Pour les personnes à partir de 16 ans
 Compte rendu de l'état général et des organes

5. Les organes respiratoires sont-ils normaux?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non, votre diagnostic:	
6. T.A. au repos	systolique	diastolique	Particularité	
	7. Pouls	au repos	après 10 genuflexions	après 2 minutes
8. Le système cardio-vasculaire est-il normal?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non, votre diagnostic:	
9. Le squelette et les articulations sont-ils normaux?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non, votre diagnostic:	

U_(12/15)_F

10. Le système nerveux est-il normal et le comportement psychique sans particularité pathologique?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, votre diagnostic:			
11. Analyse des urines fraîches	albumine	glucose	sédiment	particularité
12. Les organes abdominaux, y compris le système urogénital sont-ils normaux?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, votre diagnostic:			
13. Chez les femmes: Y a-t-il grossesse? Evolution de la grossesse	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, à quelle semaine de gestation?			
13.1 Existe-t-il une pathologie des seins ou des organes génitaux internes?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, votre diagnostic:			
13.2 des troubles hormonaux ou de la menstruation?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, votre diagnostic:			
14. Existe-t-il des troubles cutanés?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, indiquer type et localisation			
15. Y a-t-il autres problèmes de santé, pathologies, malformations ou séquelles suite à un accident?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, votre diagnostic:			
16. Est-ce que d'autres procédures diagnostiques sont évt. nécessaires et pour quelle raison?				
17. Quels traitements étaient/sont actuellement nécessaires ou conseillés?				
18. Adresse du médecin traitant	Nom	Rue, maison no.	Code postal, -lieu	

Etat de la dentition à l'inspection visuelle

19. Les dents sont-elles saines ou convenablement soignées?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																																																																																																					
19.1 Y a-t-il des signes de paradontose?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui																																																																																																					
19.2 Des soins dentaires, traitements de la paradontose, prothèses dentaires ou traitements orthodontiques sont-ils nécessaires?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui																																																																																																					
19.3 Veuillez compléter le schéma des dents	<div style="text-align: center;"> <p>droite gauche</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">maxillaire sup.</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">maxillaire inf.</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Molaires</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Canine</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Canine</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Molaires</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="16"></td> <td style="text-align: center;">Incisives</td> </tr> </table> </div> <p>m = dents manquantes r = dents remplacées d = dents détruites</p>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	maxillaire sup.																																	maxillaire inf.	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Molaires				Canine				Canine				Molaires																					Incisives
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	maxillaire sup.																																																																																						
																maxillaire inf.																																																																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																							
Molaires				Canine				Canine				Molaires																																																																																										
																Incisives																																																																																						
20. Adresse du dentiste/chirurgien maxillo-facial	Nom	Rue, maison no.	Code postal, -lieu																																																																																																			
21. Impression générale et conclusion																																																																																																						

Vous pouvez également envoyer l'examen médical directement à la DKV Luxembourg S.A.

Lieu et jour de l'examen

Cachet et signature du médecin

Remis par: Monsieur/Madame

Numéro de l'agent