



QUESTIONNAIRE MEDICALE ADDITIONNEL COVID-19

Identification du patient et **pour l'accompagnant**

Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____ Sexe : M – F

Représentant légal Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

N° Portable : _____

Email : _____

Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous de suivi orthodontique :
(Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition)

Avez-vous été atteint(e) par le Covid-19 ? OUI, NON
Si OUI, avez-vous été hospitalisé(e) et quand ?

Si NON , présentez vous

Des signes d'état grippal	OUI	NON
Maux digestifs	OUI	NON
Toux :	OUI	NON
Perte de goût/odorat :	OUI	NON
Manque de souffle :	OUI	NON

Un membre de votre famille proche a-t-il été touché par le Covid-19 ?
OUI, quand ? NON

Avez-vous fait l'objet d'un dépistage sérologique pour le Covid-19 ?
OUI, quels sont les résultats ? NON

Date et signature du patient (ou représentant légal)



ADDITIONAL MEDICAL SURVEY COVID-19

Patient Id and parents

Name : _____ Surname : _____ Date of birth : _____ Sex : M – F

Parent Name : _____ Surname : _____

Adress : _____

Zip code : _____ City: _____

N° Portable : _____

Email : _____

*Patient's state of health in the 14 days preceding the orthodontic follow-up appointment:
(Circle the corresponding answer and specify the dates of appearance)*

Have you been reached by Covid-19 virus ? YES NO
If YES, were you hospitalized and when ?

If NO, Have you

Signs of flu-like illness	YES	NO
Digestive ailments	YES	NO
Cough :	YES	NO
Loss of taste / smell:	YES	NO
Lack of breath:	YES	NO

Was a close family member affected by Covid-19 virus ? YES, when ? NO

Are you bloodscreened for Covid-19 ? YES, Results ? NO

Date and patient / parent signature



ZUSÄTZLICHER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN COVID-19

Patient und für Eltern

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____ Sex : M – F

Eltern Name : _____ Vorname : _____

Adress : _____

Zip code : _____ Ort : _____

Handy nummer : _____

Email : _____

*Gesundheitszustand des Patienten in den 14 Tagen vor dem kieferorthopädischen Nachsorgetermin:
(Kreisen Sie die entsprechende Antwort ein und geben Sie die Erscheinungsdaten an.)*

Wurden Sie von der Covid-19 erreicht ? JA, NEIN
JA, waren Sie im Spital, wann ?

NEIN , Haben Sie :

Grippezeichen	JA	NEIN
Magenschmerzen	JA	NEIN
Husten :	JA	NEIN
Geschmacks- / Geruchsverlust:	JA	NEIN
Atemschwierigkeit:	JA	NEIN

War ein enges Familienmitglied von Covid-19 betroffen?

JA, Wann ? NEIN

Wurden Sie auf Covid-19 überprüft ?

JA, Resultat ? NEIN

Datum und Patient- / Eltern-Unterschrift