

Questionnaire médical – Dr Sananes

VOS COORDONNÉES

Nom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Téléphone portable	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Téléphone fixe	<input type="text"/>
Adresse mail*	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>

VOTRE DOSSIER MÉDICAL :

Nom des médicaments pris actuellement	<input type="text"/>
Poids actuel	<input type="text"/>
Taille actuelle	<input type="text"/>
Avez- vous déjà rencontre quelqu'un ayant pratiqué cette intervention ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si oui, précisez Nom et Adresse	<input type="text"/>
Avez- vous un médecin traitant ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nom et Adresse	<input type="text"/>

VOS DISPONIBILITÉS

Matin ? Après midi ?

Jour de la semaine	<input type="text"/>
Proposition de dates	<input type="text"/>
Autres remarques	<input type="text"/>

Merci de renvoyer ce questionnaire complété au Docteur Michel SANANES 138, rue de Courcelles 75017 PARIS