



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : EFSTRATIOU PRENOM : TERZIS
NUMERO DE TELEPHONE : +306940780644
ADRESSE EMAIL : seratos24@yahoo.com

1*) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
2*) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
3*) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
4*) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
5*) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
6*) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
7*) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
8*) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
9*) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
10*) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
11*) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
12*) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) EFSTRATIOU TERZIS certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à ATHENS/GREECE le 28/07/2025 signature : _____