



Formulaire à imprimer, à compléter et à rapporter lors de votre première consultation.

RENSEIGNEMENTS GENERIQUES

M. / Mme

NOM (en majuscules) et Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Profession :Employeur :

Tél. Domicile :Tél. portable :

Email :@.....

Numéro de Sécurité Sociale :

Caisse de Sécurité Sociale :

⇒ Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ? OUI (merci de vous munir impérativement de l'attestation papier) NON

⇒ Êtes-vous bénéficiaire de l'ACS ? OUI (merci de vous munir impérativement de l'attestation de TP intégral) NON

Caisse complémentaire (mutuelle) :

Disposez-vous d'une assurance privée ? OUI (Nom :) NON

Qui vous a adressé au cabinet ?

votre chirurgien-dentiste votre médecin traitant Internet autre :

SANTE GENERALE

Anémie : OUI NON

Épilepsie : OUI NON

Rhumatisme : OUI NON

Asthme : OUI NON

Maladie(s) cardiaque(s) : OUI NON

Précisez :

Problèmes nerveux/psychiatriques : OUI NON

Virus HIV : OUI NON

Cancer : OUI NON

Précisez :

Autre(s) maladie(s) :

Maux de tête fréquents : OUI NON

Problèmes de vue : OUI NON

Problèmes d'audition : OUI NON

Problèmes de sommeil : OUI NON

Ostéoporose : OUI NON

Fumez-vous : OUI NON - Cigarettes/jour :

Accident(s), traumatisme(s) + date :

Opération(s) subie(s) + date :

Prenez-vous des médicaments : OUI NON

Lequels + fréquence :

ALLERGIES CONNUES

Aliments : OUI NON – Précisez : Pénicilline : OUI NON
Latex : OUI NON Anesthésique local : OUI NON Antibiotique : OUI NON
Métal non précieux : OUI NON Anti-inflammatoire : OUI NON Codéine : OUI NON
Iode et produits dérivés : OUI NON Aspirine : OUI NON Autre(s) :

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Chirurgien dentiste traitant / ville :

Dernière visite chez votre dentiste :

0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois :

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Vous a-t-on récemment réalisé une radio de vos dents ?

OUI NON

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ? OUI NON

Vos dents de sagesse ont-elles été extraites ? OUI NON

Vos gencives saignent-elles
fréquemment ? OUI NON

Avez-vous des difficultés à ouvrir la
bouche ? OUI NON

Entendez-vous des craquements quand
vous ouvrez la bouche ? OUI NON

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?
 OUI NON

Avez-vous déjà eu des prothèses
articulaires ? OUI NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS ?

Traitement des gencives : OUI NON

Traitement de canal : OUI NON

Obturations (réparations) : OUI NON

Couronnes ou ponts : OUI NON

Prothèses complètes ou partielles : OUI NON

Implants dentaires : OUI NON

Autre(s), précisez :

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE

Êtes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ? OUI NON Nom du praticien :

Si oui, pourquoi consultez-vous un autre praticien ?

Avez-vous déjà bénéficié, par le passé, d'un traitement d'orthodontie ? OUI NON

Si oui, quel type de traitement ?

**attention, si votre traitement a été initié par un autre praticien, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors de votre première visite*

Je soussigné(e)....., atteste sur l'honneur l'exactitude de ces informations.
En cas de modification de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon orthodontiste.

Date :

Signature du patient :