

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire qui facilitera la constitution de votre dossier médical

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

Email :

Date de naissance:

Profession / Employeur :

N ° Sécurité sociale :

Caisse d'affiliation :

Cotisez-vous à une Caisse Complémentaire ? OUI NON

Si OUI, laquelle :

Etes-vous adressé chez nous par un Praticien ? OUI NON

Si OUI, nom du Praticien :

Nom du dentiste traitant :

Etes-vous adressé par un patient ? OUI NON

Avez-vous trouvé notre adresse dans l'annuaire ? OUI NON

Patient :

• Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ? OUI NON

• Vos malpositions dentaires vous semblent-elles avoir des origines familiales? OUI NON

• Respirez-vous par la bouche (par exemple en dormant) ? OUI NON

• Présentez-vous une affection ORL reconnue ? OUI NON

• Souffrez-vous de réactions allergiques (rhume des foins, asthme, urticaire,...) OUI NON

• Souffrez-vous de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires OUI NON

Avez vous des problèmes de santé ?

• Risque Viral ? (hépatites A-B-C-Herpès) OUI NON

• Nerveux ? (perte de connaissance ? Vertiges ?) OUI NON

• Diabète ? OUI NON

• Pour les femmes êtes vous enceinte ? (protection radio) OUI NON

• Allergies OUI NON

• Avez-vous des problèmes cardiaques OUI NON

• Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

• Si oui lesquels :

Pourquoi prenez-vous ces médicaments ?

Date et signature :

Validé : (signature du Dr SOUCHET)