

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Cher Patient, chers Parents,

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

Assuré Social :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

Email :

Profession / Employeur :

N ° Sécurité sociale :

Caisse d'affiliation :

Cotisez-vous à une Caisse Complémentaire ? OUI NON

Si OUI, laquelle :

Patient :

Nom (s'il diffère de celui du responsable légal) :

Prénom : Date de naissance :

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

Le patient :

• Suce-t-il son pouce ou ses doigts ? OUI NON

• Respire-t-il par la bouche (par exemple en dormant) ? OUI NON

• Présente-t-il une affection ORL reconnue ? OUI NON

• A-t-il subi l'ablation des végétations ? des amygdales ? OUI NON

• Souffre-t-il de réactions allergiques (rhume des foins, asthme, urticaire,...) OUI NON

• A-t-il subi dans son enfance un traumatisme facial ?
(chute sur la bouche, perte d'une dent) Si oui, à quel âge ? OUI NON

• Souffre-t-il de craquements ou de douleurs articulaires au niveau
des mâchoires ? OUI NON

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

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

• Sanguin ? OUI NON

• Diabète ? OUI NON

• Cardiaques ? OUI NON

• L'enfant prend-il des médicaments ? OUI NON

• Si oui lesquels et pourquoi :

Date et signature :

Validé : (signature du Dr SOUCHET)