

- NOM et Prénom du patient :
- Adresse :
- Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Téléphone / Domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Téléphone / Travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Téléphone / Portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- E-mail (pour confirmation éventuelle de rendez-vous) :
- Nom et Prénom de l'Assuré : (Profession de l'Assuré :))
- Caisse de Sécurité Sociale : N° de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (CMU-C) ? Oui Non
Si oui, merci de nous rapporter votre attestation pour que vous puissiez bénéficier de vos droits.
- Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle des frontaliers ? Oui Non
- Par quel moyen avez-vous eu les coordonnées du cabinet ?
- Quel est le nom de **votre dentiste traitant** :
- Quel est le nom de **votre médecin généraliste** :
- Raison de la visite : suite visite chez le dentiste décalage des mâchoires
 problème esthétique chevauchement des dents
 pour un avis / conseil autre :
- Avez-vous déjà suivi un traitement d'orthodontie ? Oui Non Lequel ?
- Y-a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie dans la famille ? Oui Non Lequel ?
- Habitudes : Mordillement du crayon Ongles rongés
 Autre - Précisez :
- Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?
- Respirez-vous plutôt ... Par le nez ? Par la bouche ?
- Présentez-vous des ronflements nocturnes ? Oui Non
- Présentez-vous des claquements ou craquements des articulations des mâchoires ? Jamais Parfois Souvent
- Avez-vous reçu des chocs sur les dents ? Oui Non Je ne sais pas
Si oui, quand et avec quelles conséquences ?
- Jouez-vous d'un instrument de musique à vent ? Oui Non
- Pratiquez-vous un sport à risque pour les dents ? Oui Non Lequel ?
- Avez-vous déjà suivi des séances d'orthophonie ? Oui Non
Si oui, quand et pour quels problèmes ?
- Avez-vous déjà été suivi par un ostéopathe ? Oui Non
Si oui, quand et pour quels problèmes ?
- Si oui, qui est votre ostéopathe ?
- Êtes-vous ou avez-vous été traité pour des problèmes de gencive ? Oui Non

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

- Prenez-vous des médicaments ? Oui Non Précisez :
- Êtes-vous allergique ? Oui Non Précisez :
- Troubles O.R.L. ? Oui Non Précisez : Otites Angines Autres :
- Opération des Végétations Oui Non
- Opération des Amygdales Oui Non
- Troubles de croissance Oui Non
- Troubles cardiaques Oui Non
- Diabète Oui Non
- Troubles hormonaux Oui Non
- Êtes-vous enceinte ? Oui Non
Si une grossesse survient en cours de traitement, merci de nous en informer
- Autres problèmes de santé

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :