

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom du patient :

Date et lieu de naissance du patient :/...../..... à :

Adresse : CP/Ville :

Tél(s) : Portable :

Email : @

Profession :

Nom de la caisse de sécurité sociale de l'assuré :

N° de sécurité sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ? Non Oui Si oui, ACS Social A B C

Bénéficiaire de la CMU ? Non Oui Bénéficiaire de la MGEN ? Non Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? Parent Ami Docteur Internet Autre :

Quel est le motif de la visite ?

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 1/2

Médecin traitant : Ville :

• Problèmes ORL (asthme, apnée du sommeil) :

Non Oui Précisez :

• Hépatite A, B ou C :

Non Oui Précisez :

• Syncopes, vertiges : Non Oui

• Ulcère à l'estomac : Non Oui

• Désordres hormonaux :

Non Oui Précisez :

• Diabète : Non Oui

• Virus HIV : Non Oui

• Maux de tête fréquents : Non Oui

• Troubles alimentaires :

Non Oui Précisez :

• Problèmes de dos : Non Oui

• Ménopause :

Non Oui Traitement :

• Autres maladies :

Non Oui Précisez :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 2/2

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non Oui Précisez :

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

Non Oui Précisez :

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?

Nulle 1 verre/mois 1 verre/semaine

1 verre/jour Plus : précisez :

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Non Oui Opération & date :

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?

Non Oui Précisez :

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

Non Oui Médicaments :

Fumez-vous ?

Non Oui Cigarettes par jour :

Etes-vous enceinte ?

Non Oui Accouchement le :

Allaitiez-vous ?

Non Oui

ALLERGIES CONNUES

Aliments : Non Oui - Précisez : Pénicilline : Non Oui Aspirine : Non Oui

Latex : Non Oui Antibiotique : Non Oui Codéine : Non Oui

Métal non précieux : Non Oui Anti-inflammatoire : Non Oui Autres :

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dentiste traitant : Ville :

Dernière visite chez votre dentiste :

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

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?

Non Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

Non Oui Brossage, alimentation ?

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Non Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Non Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives : Non Oui

Traitement d'orthodontie : Non Oui

Traitement de canal : Non Oui

Obturations (réparations) : Non Oui

Couronnes ou ponts : Non Oui

Prothèses complètes ou partielles : Non Oui

Implants dentaires : Non Oui

Autres - précisez : Non Oui

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ?

Nom du prédécent praticien :

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? Non Oui

*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé, des prescriptions médicales et/ou de coordonnées (adresse, numéro de téléphone), je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :