

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. / Mlle

Nom et prénom du patient :

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

Nom et prénom de l'assuré(e) :

Date et lieu de naissance de l'assuré(e) :/...../..... à :

Adresse du responsable légal et financier (père/mère/les 2) :

CP/Ville :

Tél(s) : Portable (père/mère) :

Email : @

Profession :

Nom, Prénom du Papa ou de la Maman si différente de celle du responsable légal :

Nom des autres enfants suivis ici :

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 ?

VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ? 1/2

Médecin traitant : Ville :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies connues (latex, métaux, médicaments, autres) ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non Oui Précisez :

VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ? 2/2

- Votre enfant a-t-il des problèmes ORL (asthme, ronflements nocturnes, difficultés respiratoires) ?
 Non Oui Précisez :
- Votre enfant a-t-il des troubles alimentaires ?
 Non Oui Si oui, par qui est-il suivi ?
- Votre enfant a-t-il des problèmes de dos (scoliose, lordose) ?
 Non Oui Si oui, par qui est-il suivi ?
- Votre enfant dort-il la bouche ouverte ?
 Non Oui

HISTORIQUE DENTAIRE

- Dentiste traitant : Ville :
- Précisez la date de la dernière visite :
- Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?
 Non Oui Si oui, merci de ramener la dernière radio effectuée lors de votre visite
- A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?
 Non Oui
- Précisez le nom de l'orthodontiste : Ville :
- Les parents ont-ils déjà suivi un traitement d'orthodontie ?
Mère : Non Oui Père : Non Oui
- Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons en dehors des repas ou du goûter ?
 Non Oui
- Boit-il des sirops ou du soda à table ?
 Non Oui
- Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une tétine ?
 Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :
- Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?
 Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :
- A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?
 Matin et soir Matin Midi Soir Irrégulièrement
- Grince-t-il des dents ?
 Non Oui Précisez : éveillé endormi
- Votre enfant ronfle-t-il ?
 Non Oui
- Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?
 Non Oui Si oui, quoi ?
- Autres remarques utiles ?

Je soussigné(e) représentant légal de, atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modifications de l'état de santé, des prescriptions médicales et/ou des coordonnées (adresse, numéro de téléphone, mail...) de, je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :