

Nom et Prénom.....

Date de naissance :.....

Tél domicile :.....

Portable :.....

Adresse :.....

Code postal :..... Ville :.....

Adresse mail :.....

Profession :.....

Adressé et /ou recommandé par :.....

N° de sécurité sociale :.....

CMU :.....

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Motif de la consultation (votre problème actuel) :.....

Dents sensibles	<input type="checkbox"/>	Mobilité dentaire	<input type="checkbox"/>
Gencives qui saignent	<input type="checkbox"/>	Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>
Grincement de dents	<input type="checkbox"/>	Difficulté à la mastication	<input type="checkbox"/>

Aimeriez-vous améliorer quelque chose dans votre sourire?.....

QUESTIONNAIRE DE SANTE

	OUI	NON		OUI	NON
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sous traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui précisez			Si oui précisez.....		
.....				
Fumez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si oui combien par jour.....					

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES

	OUI	NON		OUI	NON
Etes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous sous traitement par biphosphonates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et adresse du Médecin traitant.....

En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai mon chirurgien-dentiste au rendez-vous suivant.

Fait à Cannes le.....

Signature du patient