

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