

N°

Votre nom :

Né(e) le :

Prénom :

Adresse Complète :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

Bénéficiez-vous de :

Numéro sécurité sociale :

MGEN/CMU/ACS

Mutuelle :

---

Dentiste traitant :

Médecin traitant :

Par qui êtes-vous adressé(e) :

Etes-vous suivi médicalement ? Pour quelle affection ?

Suivez-vous un traitement particulier ? Lequel ?

Prenez-vous ou avez-vous pris des Biphosphonates (Ostéoporose) ?

Affections antérieures ou malformations (RAA, pathologie cardiaque, problème ORL, allergies, diabète, asthme, épilepsie, hépatite, etc...) :

Antécédents chirurgicaux ?

Transfusions sanguines ?

Opération des végétations ?

Des amygdales ?

Avez-vous sucé un doigt ?

Rongez-vous vos ongles ?

Avez-vous un défaut de prononciation ? Avez-vous été traité par une orthophoniste ?

Ressemblance familial avec ?

Avez-vous été traité pour une affection des gencives ?

Avez-vous eu dans le passé un traitement d'orthodontie ? Avec quel orthodontiste ?

Quelle est votre motivation pour envisager un traitement d'orthodontie ?

Qu'est-ce qui vous plaît le moins dans votre sourire ?

Ce qui vous paraît le plus important pour votre bouche ?

Autres renseignements pouvant intéresser l'orthodontiste ?

Comment et par qui avez-vous connu notre cabinet ?

Date et signature :