

Cabinet d'Orthodontie

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Application form

Dear Patient,

We thank you to fill out this form that will allow us to better help you in the different administrative steps.

Name and first name : _____

Date of birth : ____ / ____ / ____
(day) (month) (years)

Sexe : F M

Address : _____

Phone number : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ 06 / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail address: _____

Insured person's name and first name : _____

SSN : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Your profession : _____ Company : _____

Dentist's name : _____ City : _____

Medical doctor's name : _____ City : _____

Sécurité sociale

General regime Local healthcare insurance : _____

Local regime

Agricultural regime

SNCF

Military

MGEN

RSI

Independent profession

CMU attestation until (date) ____ / ____ / _____

Others

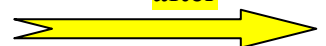
Mutuelle

Yes

No

Which one : _____

after



Cabinet d'Orthodontie

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Name and first Name _____

Medical Questionnaire

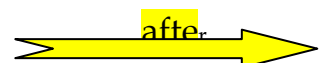
Dear Patient,

We thank you to fill out this form in order to constitute your medical file.

Do you present or did present one or more :

- Chronic disease or long term illness (Pathologie chronique ou affection de longue durée) _____
- Inherited illness (maladie héréditaire) _____
- Growth disorder (trouble de la croissance) _____
 - Growth records (bilan de croissance) : **Weight** (poids) _____ **Height** (taille) _____
 - Girl : date of the first menstruation (fille : date des premières règles) : _____
- Posture disorders (troubles posturaux) : _____
- Osteo-articular disorders (troubles ostéo-articulaires) _____
 - Acute rheumatic fever (rhumatisme articulaire aigu) _____
 - Neurological disorders (troubles neurologiques) _____
 - Epilepsy (épilepsie)
 - Heart defect / problems (pathologie cardiaque) _____
 - Kidney problems (pathologie rénale) _____
 - Abnormal bleeding (troubles de la coagulation) _____
 - Hormonal disorders (troubles hormonaux) _____
 - Alimentary disorders (troubles alimentaires) _____
 - Diabetes (diabète)
 - Virale disease (maladie virale)
 - Respiratory disease (pathologie pulmonaire) _____
 - Asthma (asthme)

Cabinet d'Orthodontie



Name and First Name : _____

Are you allergic to (le patient est-il allergique)

- medications (médicaments) : _____
- metals (métaux) : _____
- latex
- pollens
- dust mites (acariens)
- others (autres) _____

Do you have ENT (Ears, Nose, Throat) problems ?

(le patient est-il sujet aux problèmes ORL)

- Colds/rhinitis (rhumes) _____
- Sinusitis (sinusites) _____
- Angina (angines) _____
- Ear infection (otites) _____
- Nocturnal snoring (ronflements nocturnes) _____
- Sleeping apnea (apnées du sommeil) _____
- Breathing difficulties/problems (difficultés respiratoires) _____
- Others (autres) _____

Have you already been operated (le patient a-t-il été opéré des) :

- tonsils (amygdales) date : _____
- vegetations (végétations) date : _____
- paracentesis (paracentèse) date : _____

Did you go through (le patient a-t-il subi un)

- Facial trauma (traumatisme facial) at what age ? (à quel âge ?) _____
- Dental trauma (traumatisme dentaire) at wath age ? (à quel âge ?) _____
- Does he suffer from jaw pain or clicking noise ? _____
(souffre-t-il de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires)
- Do you or did you take his thumb in the mouth, pacifier, bottle or other ?
(suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce, ses doigts, une tétine ou un biberon) until what age : _____
(jusqu'à quel âge)

Do you currently take medications ? (Le patient prend-il actuellement des médicaments)

If yes, which ones and for how long (si oui, lesquels et depuis combien de temps) : _____

Do you have any other problems ? (avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?) _____

Are you pregnant ? Yes No

Do you smoke some cigarette ? How much _____

Have you ever had an orthodontic treatment ? (le patient a-t-il déjà eu un traitement orthodontique ?)

yes No

If yes, by which doctor ? (Si oui chez quel praticien) : _____

Date and Signature :