

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



Personal Bogen

Lieber Patient, Liebe Eltern,

Diesen Fragenbogen ist zu ausfüllen um die Behördengänge zu erleichtern..

Patient : Name und Vorname : _____
(Nom et prénom du patient)

Geburtsdatum : ____ / ____ / ____ Sexe : W(F) M

Adresse : _____

Rufnummer Mutter : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
06 / ____ / ____ / ____ / ____

Rufnummer Vater ____ / ____ / ____ / ____ / ____
06 / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse e-mail: _____

Versicherte : Name , Vorname (Nom, prénom de l'assuré) : _____

Geburtsdatum : ____ / ____ / ____ Stadt : _____

Krankenversicherungs Nummer : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Beruf Mutter : _____ Legales Sorgerecht : ja nein

Beruf Vater : _____ Legales Sorgerecht : ja nein

Zahnarzt (dentiste) : _____ Stadt: _____

Behandelnderarzt (médecin traitant) : _____ Stadt : _____

Kinderarzt (pédiatre) : _____ Stadt : _____

Sozialversicherung

Régime général Caisse primaire de _____

Régime local

Régime agricole

SNCF Militaire MGEN Artisans


Professions indépendantes

CMU Bescheinigung bis au ____ / ____ / _____

Autres

Zusatzversicherung ja nein

Welche : _____

 **Suite**
1/3

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 und Vorname : _____

Fragen zur Krankengeschichte

Lieber Patient, Liebe Eltern,

Zur Erfassung der für die Behandlung notwendigen Informationen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus.

Besteht oder hat bestanden : _____ wenn Ja : ankreuzen und Bitte genauer Formulieren

- Chronische Pathologie oder Langfristiges Leiden _____
Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Erberkrankungen *Maladie héréditaire* _____
- Wachstumstörung *Trouble de la croissance* _____
- Wachstumbilanz : Gewicht *Poids* _____ Körpergrösse *Taille* _____
Mädchen : Datum der Ersten Monatsblutung _____
- Haltungsprobleme *Troubles posturaux* _____
- Osteo / Gelenkprobleme *Troubles ostéo-articulaires* _____
- Akutes Gelenkrheumatismus *Rhumatisme articulaire aigu* _____
- Neurologische Störungen *Troubles neurologiques* _____
- Epilepsie _____
- Ertz Erkrankung *Pathologie cardiaque* _____
- Nieren Erkrankung *Pathologie rénale* _____
- Gerinnungsstörung *Troubles de la coagulation* _____
- Hormonstörungen *Troubles hormonaux* _____
- Essstörungen *Troubles alimentaires* _____
- Diabetes _____
- Infektionserkrankung *Maladie virale* _____
- Lungenkrankheit *Pathologie pulmonaire* _____
- Asthma _____

Suite



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 und Vorname : _____

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten ?

Le patient est-il allergique

Medikamente

Metalle

Latex

Pollen

Wohnungsstaub *acariens*

Weiteres *autres* _____

Bestehen H.N.O. Erkrankungen ? *ORL*

▪ Schnupfen *rhumes* _____

▪ Nasennebenhöhlenentzündung *sinusites* _____

▪ Angina _____

▪ Mittelohrentzündung *otites* _____

▪ Nächtliches Schnarchen *ronflements nocturnes* _____

▪ Schlafapnoe Syndrom SAS *apnées du sommeil* _____

▪ Atembeschwerden *difficultés respiratoires* _____

▪ Sonstiges *autres* _____

Durchgeführte Operationen :

Le patient a-t-il été opéré Mandeln *amygdales* Datum : _____

Vegetation/ Polypen Datum : _____

Trommelfellschnitt /Paracenteze Datum : _____

Verletzungen im Kiefer-Gesichts Bereich :

▪ Gesichts Trauma *traumatisme facial* Datum _____

▪ Zahn Trauma *traumatisme dentaire* Datum _____

▪ Kieferbeschwerden / Kieferschmerzen / Knackgeräusche ?

craquements ou douleurs articulaires au niveau des mâchoires

▪ Bestanden oder bestehen Gewohnheiten : Lutschen, Nuckel ? bis zu welchem Alter _____

suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce, ses doigts, une tétine ou un biberon

Werden dauer Medikamente eingenommen ? *Le patient prend-il actuellement des médicaments*

Welche , wie lange : _____

Bestehen Interesse an Zusätzliche Gesundheitsaufklärungen ? _____

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

Wurde eine Kieferorthopädische Behandlung durchgeführt ? Ja Nein

A-t-il déjà eu un traitement orthodontique ?

In welcher Praxis : _____

Datum Unterschrift :

3/3