

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, Dear Parents,

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

Patient's name and first name : _____

Date of birth : ____ / ____ / ____ Sexe : F M
(day) (month) (years)

Address : _____

Mother's phone number : ____/____/____/____/____ 06/____/____/____/____

Father's phone number : ____/____/____/____/____ 06/____/____/____/____

E-mail address: _____

Insured person's name and first name : _____

Date of birth : ____ / ____ / ____ place : _____

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

Mother's profession : _____ Company : _____

Father's profession : _____ Company : _____

Dentist's name : _____ City : _____

Medical doctor's name : _____ City : _____

Pediatrician'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

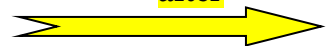
Mutuelle

Yes

Which one : _____

No

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

Patient's Name and first Name _____

Medical Questionnaire

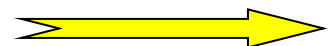
Dear Patient, Dear Parents,

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

Does the patient 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) _____

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

Patient's Name and First Name : _____

Is the patient allergic to (le patient est-il allergique) medications (médicaments) : _____
 metals (métaux) : _____
 latex
 pollens
 dust mites (acariens)
 others (autres) _____

Does the patient 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) _____

Has the patient already been operated (le patient a-t-il été opéré des) :

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

Did the patient 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)

Does he or did he take his thumb in the mouth, pacifier, bottle or other ?
(sucé-t-il ou a-t-il sucé son pouce, ses doigts, une tétine ou un biberon) until what age : _____
(jusqu'à quel âge)

Does the patient 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 ?) _____

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 :