

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



IDARI ANKET

SAYIN HASTAMIZ,

Bu anketi size daha iyi yardımcı olabilmemiz için doldurmanız rica olunur.

Hastanın adı ve soyadı : _____

(Nom et prénom du patient)

Doğum tarihi : ____ / ____ / ____

Cinsiyeti : K E

Adres : _____

Telefon : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

06 / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail adresi : _____

Sigortalının ad ve soyadı (Nom, prénom de l'assuré) : _____

Sağlık güvenlik numarası : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Meslek Baba : _____ Resmi Sorumlu : Evet (oui) Hayır (non)

Meslek Anne : _____ Resmi Sorumlu : Evet (oui) Hayır (non)

Tedavi gördüğünüz dişçi (dentiste) : _____ Şehir : _____

Tedavi gördüğünüz doktor (médecin traitant) : _____ Şehir : _____

Cocuk doktoru (pédiatre) : _____ Şehir : _____

Sağlık güvenliği

Régime Général

Birincil fon _____

Régime Local

SNCF

Askeri (militaire)

MGEN

Esnaf (artisan)

Serbest meslek (professions indépendantes)

CMU ne zamana kadar (jusqu'au) ____ / ____ / ____

Diğer (autre)

Ek sigorta

Evet (oui) Hangisi (laquelle) : _____

(mutuelle)

Hayır (non)

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

Hastanın adı ve soyadı : _____

SAGLIK ANKETI

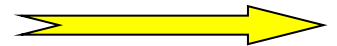
SAYIN HASTAMIZ,

Bu anketi size daha iyi yardımcı olabilmemiz için doldurmanız rica olunur.

Alttaki hastalıklardan oldunuzmu ? (eger varsa belirtiniz)

- Kronik hastalık veya uzun süreli hastalık _____
Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Kalıtsal hastalık *Maladie héréditaire* _____
- Büyüme bozukluğu *Trouble de la croissance* _____
- Büyüme bilani : Kilo *Poids* _____ Boy *Taille* _____
Bayan hastalar için ilk adet tarihi *Date 1^{ère} Règles* _____
- Durus bozukluğu *Troubles posturaux* _____
- Kas iskelet bozukluğu *Troubles ostéo-articulaires* _____
- Romatizmal artrit *Rhumatisme articulaire aigu* _____
- Nörolojik bozukluğu *Troubles neurologiques* _____
- Epilepsi _____
- Kalp hastalığı *Pathologie cardiaque* _____
- Böbrek hastalığı *Pathologie rénale* _____
- Pıhtılaşma sorunu *Troubles de la coagulation* _____
- Hormon bozukluğu *Troubles hormonaux* _____
- Beslenme bozukluğu *Troubles alimentaires* _____
- Diyabet _____
- Viral hastalık *Maladie virale* _____
- Akciğer hastalığı *Pathologie pulmonaire* _____
- Astim _____

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

Hastanın adı ve soyadı : _____

Allerji misiniz ?

Le patient est-il allergique

ilaç médicaments

metaller

lateks

polen

Böcek acariens

Diger autres _____

Kulak burun bogaz problemleriniz var mi ? ORL

▪ Nezle rhumes _____

▪ Sinüzit sinusites

▪ Anjin _____

▪ Kulak iltihabi otites

▪ Gece horlamasi ronflements nocturnes _____

▪ Uyku apnesi SAS apnées du sommeil _____

▪ Nefes zorlugu difficultés respiratoires _____

▪ Diger autres _____

Ameliyat oldunuz mu ? :

Le patient a-t-il été opéré Bademcik amygdales

Tarih : _____

Geniz végétation

Tarih : _____

Parasentez paracentèse

Tarih : _____

Geçirdiginiz bir :

▪ Yüz travması varmi ? traumatisme facial Kaç yasinda ? _____

▪ Dis travması traumatisme dentaire Kac yasinda ? _____

▪ Cene gıcirtisi ve çene agrisi çekiyormusunuz ?

craquements ou douleurs articulaires au niveau des mâchoires

▪ Emzik veya parmak emiyormusunuz veya emdinizmi ? Kaç yasina kadar _____
suçe-t-il ou a-t-il sucé son pouce, ses doigts, une tétine ou un biberon / jusqu'à

Su anda kullandiginiz ilaç var mi ?

Le patient prend-il actuellement des médicaments

Eger varsa hangileri ve ne zamandır ? lesquels : _____

Bize bildirmek istediniz baska probleminiz var mi ? _____

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

Daha önce ortodontik tedavi gördünüz mü ? Evet Hayir

A-t-il déjà eu un traitement orthodontique ?

Kaç yasinda A quel âge : _____

Tarih ve Imza :

3/3