



Questionnaire Administratif

Cher Patient,

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous aider dans les formalités administratives.

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Adresse : _____

No Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

06 / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse e-mail de contact: _____

Nom et prénom de l'Assuré (si différent du patient) : _____

No SS : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Profession : _____ Entreprise : _____

Nom du dentiste traitant : _____ Ville : _____

Nom du médecin traitant : _____ Ville : _____

Comment nous avez-vous connu, qui vous a adressé chez nous ? : _____

Sécurité sociale

Régime général Caisse primaire de _____

Régime local

Régime agricole

SNCF

Militaire

MGEN

Artisans

Professions indépendantes

CMU date de fin de validité :

Autres

Mutuelle

Oui

Non

Laquelle : _____

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

NOM ET PRENOM DU PATIENT: _____

Questionnaire Médical

Cher patient,

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire qui facilitera la constitution de votre dossier médical.

Présentez vous ou avez vous présenté une pathologies suivantes ? (si oui cochez et précisez)

- Pathologie chronique ou affection de longue durée _____
- Maladie héréditaire _____
- Trouble de la croissance _____
- Troubles posturaux _____
- Troubles ostéo-articulaires _____

Si oui : suivi ostéopathique ou autre ? _____

- Rhumatisme articulaire aigu _____
- Troubles neurologiques _____
- Epilepsie _____
- Pathologie cardiaque _____
- Pathologie rénale _____
- Troubles de la coagulation _____
- Troubles hormonaux _____
- Troubles alimentaires _____
- Diabète _____
- Maladie virale _____
- Pathologie pulmonaire _____
- Asthme _____

Etes-vous allergique ? oui, précisez : médicaments _____
pollens _____
métaux _____
acariens _____
latex _____
autres _____

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

NOM ET PRENOM DU PATIENT: _____

Êtes-vous sujet fréquemment aux problèmes ORL ?

- rhumes _____
- sinusites _____
- angines _____
- otites _____
- ronflements nocturnes _____
- apnées du sommeil _____
- difficultés respiratoires _____
- autres _____

Avez-vous été opéré :

- des amygdales ? date : _____
- des végétations ? date : _____
- paracentèse(s) ? date : _____

Avez-vous subi un

- Avez-vous subi un traumatisme facial ? oui : à quel âge ? _____
- Avez-vous subi un traumatisme dentaire ? oui : à quel âge ? _____
- Souffrez-vous de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires ? oui :
décrivez-les en quelques mots : _____
- Avez-vous sucé votre pouce, vos doigts ou une tétine ? oui : jusqu'à quel âge ? _____

Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique non oui

A quelle période ? _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui

Si oui, lesquels et depuis combien de temps : _____

Fumez-vous ? oui Combien de cigarettes par jour ? _____

Madame, êtes-vous enceinte ou potentiellement enceinte ? non oui

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ? _____

Signature et Date :

3/3