ADULTE

Cabinet d'Orthodontie

*Docteur **O**livier **L**AVERGNE, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale*
*Docteur **P**eggy **L**AUGEL, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale*

Cher Patient,
Nous vous remercions de remplir ce questionnaire administratif et médical

Questionnaire Administratif

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : _____ / ____ / _____ Lieu : _____ Sexe : F ❒ M ❒

No SS : __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ___

Adresse : _____

_____

No Téléphone : ____/____/____ / ____ / ____ 06/___ / ___ /___ / ___

Adresse e-mail de contact: _____

Profession : _____

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

No SS : __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ___

Nom du dentiste traitant : _____

Sécurité sociale

Régime (local, général, spécial): _____

❒ C2S (ex-CMU) ? date de fin de validité : _____

De quelle manière avez-vous connu notre cabinet? (Doctolib, internet, dentiste, ami…..):

_____

Quel est le motif de votre consultation? : _____

_____

_____

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

Questionnaire Médical

NOM ET PRENOM DU PATIENT:_____

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

Maladie virale ❒ _____

Pathologie cardiaque ou de la coagulation ❒ _____

Asthme ❒ _____

Troubles ostéo-articulaires ou posturaux ❒ _____

Pathologie hormonale, diabète ❒ _____

Autre pathologie chronique ou affection de longue durée ❒ _____

Un autre problème médical à nous signaler? ❒ _____

_____

Prenez-vous actuellement des médicaments ? ❒ _____

_____

Etes-vous allergique (latex, nickel, résine, pollens, acariens…) ? ❒ _____

_____

Êtes-vous sujet fréquemment aux problèmes ORL (rhumes, sinusites, angines, otites…) ? ❒

_____

Présentez-vous des apnées du sommeil ou des ronflements? ❒ _____

Souffrez-vous de douleurs ou craquements au niveau des mâchoires (ATM)? ❒

_____

_____

_____

Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique ? ❒ non ❒ oui: à quelle période et chez quel praticien:_____

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

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

Date : **Signature**

1 A Rue de Haguenau - 67300 SCHILTIGHEIM - Tel : 03.88.33.69.11