

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
 Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale



Chers Parents,
 Nous vous remercions de remplir ce questionnaire administratif et médical.

Questionnaire Administratif

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

Adresse : _____

N° Téléphones mère : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

N° Téléphones père : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse e-mail de contact: _____

Nom et prénom de l'assuré(e) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

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

Profession mère : _____ Responsable légale ? Oui Non

Profession père : _____ Responsable légal ? Oui Non

Nom du dentiste traitant : _____ Ville : _____

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 : _____

Bilan de croissance: Taille: _____ Poids: _____

(Fille) Date des premières règles: _____

Présente-t-il ou a-t-il 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 à nous signaler? _____

Prend-il actuellement des médicaments? _____

Est-il allergique (latex, nickel, résine, pollens, acariens...)? _____

Est-il sujet fréquemment aux problèmes ORL (rhumes, sinusites, angines, otites...)?

A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations? en quelle année? _____

Présente-t-il des apnées du sommeil ou des ronflements? _____

Souffre-t-il de douleurs ou craquements au niveau des mâchoires (ATM)?

A-t-il déjà suivi un traitement orthodontique? non oui: à quelle période et chez quel praticien: _____

A-t-il sucé son pouce , ses doigts , la tétine ...? Jusqu'à quel âge? _____

A quel âge a-t-il arrêté de prendre le biberon? _____

Date :

Signature d'un responsable légal: