

Bocage Orthodontie

QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

Nom et Prénom :

Adresse :

Régime Général et Complémentaire :

N° Téléphone :

Email :

Nom du médecin généraliste :

Profession :

Nom du dentiste traitant et date du dernier examen :

Quel est votre recommandeur :

Avez-vous une radio panoramique de moins de 6 mois ?

- Oui (merci de nous l'envoyer par mail)
- Non

Motif de consultation :

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ?

- Oui
- Non

Combien de brossage par jour ? Avec quel type de brosse à dent ? (Électrique ou manuelle)

Etes-vous enceinte ?

- Oui
- Non

Bocage Orthodontie

Avez-vous :

- Déjà été hospitalisé
- Déjà subi une intervention chirurgicale
- Eté traité pour une maladie grave
- Eu un problème cardiaque / pulmonaire / rénal
- Eu une infection virale
- Eu une pathologie cancéreuse
- Du diabète
- Des problèmes sanguins / nerveux
- Une anomalie de croissance
- Subi un traumatisme / accident
- Vous prenez des médicaments actuellement ? Si oui, lesquels ?
- Etes-vous sujet à des malaises, si oui, lesquels ?
- Des problèmes psychologiques / psychiatriques

Etes-vous allergique :

Niveau ORL :

- Ablation des végétations / amygdales ?
- Ronflez-vous la nuit ?
- Etes-vous asthmatique ?

Avez-vous :

- Des douleurs aux mâchoires ?
- Des claquements en ouvrant la bouche
- Des grincements de dents nocturne
- Sucé votre pouce / tétine après 3 ans

Fumez-vous ?

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé par un blanchiment dentaire au cours de votre traitement orthodontique ?

- J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de ses renseignements

Signature :