

**Madame, Monsieur,**

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

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse.....Code postal.....Ville.....

Email .....

Tél . : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de naissance: | | | | | | | | | | | | | | | |

Profession : .....

N ° Sécurité sociale : .....

Caisse d'affiliation : .....

Cotisez-vous à une Caisse Complémentaire ?  OUI  NON

Si OUI , laquelle :  
.....

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

Etes-vous adressé chez nous par un Praticien ?  OUI  NON

Si OUI , nom du Praticien : .....

Nom du dentiste traitant.....

Etes-vous adressé par un patient ?  OUI  NON

Avez-vous trouvé notre adresse dans l'annuaire ?  OUI  NON

**Le Patient :**

- Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ?  OUI  NON
- Vos malpositions dentaires vous semblent-elles avoir des origines familiales?  OUI  NON
- Respirez-vous par la bouche ( par exemple en dormant ) ?  OUI  NON
- Présentez-vous une affection ORL reconnue ?  OUI  NON
- Souffrez-vous de réactions allergiques ( rhume des foins, asthme, urticaire,...)  OUI  NON
- Souffrez-vous de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires  OUI  NON

***Avez vous des problèmes de santé ?***

- Risque Viral ? ( hépatites A-B-C-Herpès )  OUI  NON
- Nerveux ? ( perte de connaissance ? Vertiges ? )  OUI  NON
- Diabète ?  OUI  NON
- Pour les femmes êtes vous enceinte ? ( protection radio )  OUI  NON
- Allergies ?  OUI  NON

**Signature du patient :**

**Signature et validation praticien :**