Cher Patient, chers Parents,

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

L'Assuré Social :

NOM : ..... Prénom : .....

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

Email……

Tél . : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession :.....

N ° Sécurité sociale :.....

Caisse d'affiliation :.....

Cotisez-vous à une Caisse Complémentaire ? ☐**OUI** ☐**NON**

Si OUI , laquelle :

.....

Le Patient :

NOM (s'il diffère de celui du responsable légal) :.....

Prénom : ..... Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Questionnaire Médical 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 :

- Suce-t-il son pouce ou ses doigts ? ☐**OUI** ☐**NON**
- Respire-t-il par la bouche (par exemple en dormant) ? ☐**OUI** ☐**NON**
- Présente-t-il une affection ORL reconnue ? ☐**OUI** ☐**NON**
- A-t-il subi l'ablation des végétations ? des amygdales ? ☐**OUI** ☐**NON**
- Souffre-t-il de réactions allergiques (rhume des foins, asthme, urticaire,....) ☐**OUI** ☐**NON**
- A-t-il subi dans son enfance un traumatisme facial ?
(chute sur la bouche, perte d'une dent) ☐**OUI** ☐**NON**
Si OUI , à quel âge
- Souffre-t-il 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**
- Sanguin ? ☐**OUI** ☐**NON**
- Diabète ? ☐**OUI** ☐**NON**

Signature du responsable légal : **Signature et validation du praticien :**