

14, Bd d'Italie - 85000 La Roche sur Yon - ☎ : 02.51.46.29.64



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

CP : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____

Téléphone privé : _____

Mobile : _____

Adresse mail : _____

Nom dentiste : _____

Nom / Prénom assuré : _____

N° de sécurité sociale : _____

Date de naissance de l'assuré : _____

Caisse de sécurité sociale : CPAM MSA RSI Autre (préciser)

Mutuelle : _____

CMU-C ACS contrat A B C

Quel est le motif de la consultation ? _____

Comment avez-vous connu le cabinet (dentiste, ami, internet ...) _____

Accepter vous d'être contacté pour les rappels de rendez-vous _____ oui non

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Si oui laquelle _____ oui non

Prend-t-il régulièrement des médicaments ? _____ oui non

Votre enfant a-t-il :

- de l'asthme ? _____ oui non

- des allergies (médicament, métal,...) ? Si oui précisez _____ oui non

Ronfle-t-il la nuit ? _____ oui non

Bave-t-il la nuit (tâches de salive sur l'oreiller le matin) _____ oui non

Est-il souvent enrhumé ? _____ oui non

A-t-il déjà été suivi par un spécialiste ORL ? _____ oui non

A-t-il été opéré des végétations ? _____ oui non

A-t-il été opéré des amygdales ? _____ oui non

Est-ce que des dents ont été endommagées par un accident ? _____ oui non

Votre enfant souffre-t-il de problème d'articulation de la mâchoire ? _____ oui non

Suce-t-il son pouce ou la sucette ? _____ oui non

A-t-il déjà entrepris un traitement d'orthopédie dento-faciale ? _____ oui non

Je soussigné(e)représentant légal de, atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de l'état de santé et/ou des prescriptions médicales de je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :