

Dr Alice LE COUR GRANDMAISON
Docteur en chirurgie dentaire
Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

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 :