



FICHE INFORMATION PATIENT

Nom Patient : Prénom

Date de naissance : Activité sportive

Nom et Prénom du responsable civil :

Adresse du responsable civil :

..... (merci de spécifier à l'accueil si vous jugez nécessaire de nous transmettre plusieurs adresses)

Portable mère : Portable Père :

Tel domicile : Adresse mail :

Profession mère : Profession père :

Par qui es-tu adressé ?

Dentiste

Famille

Ami

Nom :

Nom :

Nom :

Site

Pages jaunes

Google

Autre moteur de recherche : Autre :

As-tu un dentiste traitant ? Oui Non Si oui lequel :

Que crains-tu chez le dentiste :

Avez-vous visité notre site internet avant de venir ?

Oui

Non

Raison de la visite :

Suite visite chez le dentiste

Douleur Problème esthétique

Décalage dentaire

Manque de place

Pour avis/conseil

Autre

Connais-tu l'orthodontie ?

As-tu déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Quelqu'un a-t-il déjà eu un traitement autour de toi et t'en parle ?

Oui Non

Si oui, qui ?

Tes habitudes autour de la bouche

Succion du pouce ou autre

Mordillement d'objet

Ongles rongés

Peur qu'on te touche la bouche

Avales-tu un comprimé facilement ? (réflexe nauséux marqué ?)

Oui Non

Combien de fois par jour te brosse-tu les dents ?



FICHE INFORMATION PATIENT

Joues-tu d'un instrument à vent ?

Oui Non Si oui lequel ?.....

Ta santé

Prends-tu des médicaments chaque jour ?

Oui Non Si oui lequel ?.....

Es-tu allergique ?

Oui Non

Si oui, à quoi ?.....

Es-tu traité ou suivi pour :

-des troubles de croissance Oui Non

-un problème à la colonne vertébrale Oui Non

Es-tu sujet aux maux :

- de têtes Oui Non

- de dos Oui Non

As-tu un problème de scoliose ? Oui Non

Es-tu sujet :

-aux aphtes Oui Non

-à l'herpès, boutons de fièvres Oui Non

Problèmes ORL

Respires-tu plutôt:

Par le nez Par la bouche

Es-tu sujet à :

A l'asthme Aux otites Aux ronflements

As-tu été opéré :

des amygdales des végétations pose diabolos

Antécédents

As-tu reçu des chocs sur les dents Oui Non

Si oui, quand ?.....

Quelle(s) dent(s) ?.....

Conséquences ?.....

Pour les filles - es-tu réglée ? Oui Non

Si oui, depuis quand ?.....

As-tu déjà suivi des séances d'orthophonie ? Oui Non

Si oui, quand ?.....

Pour quels problèmes ?.....

As-tu déjà consulté :

un psychologue un psychiatre

Si oui, quand ?.....

Pour quelles raisons ?.....

As-tu déjà consulté :

Un ostéopathe Un kinésithérapeute

Si oui, quand ?..... Pour quels problèmes ?.....

MERCI POUR CES PRECIEUX RENSEIGNEMENTS !