



FICHE INFORMATION PATIENT

Nom Patient : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Portable :

Tel domicile : Tel bureau :

Adresse mail :

Par qui êtes-vous adressé ?

Dentiste

Famille

Ami

Nom :

Nom :

Nom :

Site

Pages jaunes

Google

Autre moteur de recherche : Autre :

Avez-vous un dentiste traitant ? Oui Non Si oui lequel :

Avez-vous peur du dentiste ? Oui Non Si oui, quand ?

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

Vous connaissez l'orthodontie ?

Avez-vous déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Oui

Non

Si oui lequel ?

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

Si oui, qui ?

Vos habitudes autour de la bouche

Mordillement d'objet

Ongles rongés

Peur qu'on touche votre bouche

Réflexe nauséeux marqué ?

Combien de fois par jour vous brossez vous les dents ?

Fumez-vous ?

Oui

Non

Si oui, à quelle quantité :



FICHE INFORMATION PATIENT

Votre santé

Prenez-vous des médicaments chaque jour ?

Oui Non

Si oui lequel(s)?.....

Êtes-vous allergique ?

Oui Non

Si oui, à quoi ?.....

Êtes-vous traité ou suivi pour :

-un problème à la colonne vertébrale Oui Non

Êtes-vous sujets aux maux :

- de têtes Oui Non

- de dos Oui Non

Vos articulations de la mâchoire :

-craquent elles ? Oui Non

-se bloquent-elles ? Oui Non

-sont douloureuses ? Oui Non

Êtes-vous sujet ?

-aux aphtes Oui Non

-à l'herpès, boutons de fièvres ? Oui Non

Problèmes ORL

Respirez-vous plutôt:

Par le nez Par la bouche

Êtes-vous sujet à :

A l'asthme

Aux otites

Aux ronflements

Antécédents

Avez-vous reçu des chocs sur les dents Oui Non

Si oui, quand ?.....

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

Conséquences ?.....

Avez-vous déjà consulté :

Un ostéopathe Un kinésithérapeute

Si oui, quand ?.....

Pour quels problèmes ?.....

Pour mieux vous connaître, votre profession :

MERCI POUR CES PRECIEUX RENSEIGNEMENTS !