



FICHE INFORMATION PATIENT

Nom Patient : Prénom

Date de naissance :

Adresse :

:

Nom et Prénom du responsable civil :

Portable mère : Portable Père :

Tel domicile : Tel bureau :

Adresse mail :

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 :

As-tu tu peur de venir voir le dentiste ? Oui Non

Ce qui te gêne / te fais peur c'est 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

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

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

Oui

Non



FICHE INFORMATION PATIENT

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

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 diabolo

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 !

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au Cabinet du Docteur ALEXANDRIAN. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au cabinet.