



## 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 !**