

Questionnaire administratif

LE PATIENT :

Nom : PIC

Prénom : Emmanuel

Date de naissance :/...../.....

Âge : ans

Adresse :

Rue/Voie/Chemin.....

.....

Code postal : Ville :

N° de téléphone : Domicile :

Travail :

.....

Portable :

Adresse e-mail :

.....

Profession :.....

N° de Sécurité Sociale : -----/-----/-----/-----/-----/-----/----

Caisse régime général :

.....

Mutuelle complémentaire :

.....

Date/...../..... et signature :

Questionnaire médical

Médecin traitant: Nom : Prénom :
..... Commune :

Dentiste traitant:
Nom : Prénom : Commune :

Personne qui vous a adressé au cabinet d'orthodontie :
.....

Pour quel motif consultez-vous ?
?.....

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie auparavant ?
?.....

Si **OUI** : à quel âge ? ans Pendant combien de temps ?
.....

Où (Nom, Prénom, Ville de l'orthodontiste) ?
.....
.....

RENSEIGNEMENT MEDICAUX :

Allergies ? Oui Non Si oui, précisez :
.....

Prenez-vous des médicaments de manière régulière ? Oui Non

Si oui, le (s) quel(s) ?
.....

Traumatisme facial ? Oui (âge : ans) Non

Quels types (chute, coup sur les dents):
.....

Avez-vous déjà consulté ? un ostéopathe un kinésithérapeute

un ORL un orthophoniste

Si oui, précisez pour quelle raison
.....

Avez-vous sucé ? Le pouce Les doigts

La sucette Autre : Jusqu'à quel âge ?
.....

Rongez-vous vos ongles ? Pas du tout Un peu Beaucoup

Avez-vous d'autres affections à signaler ? Asthme Epilepsie Hépatite

HIV

Autre, précisez :
.....

Date/...../..... et signature :

DR SÉLIM FRIGUI & DR EMMANUEL PIC
Orthodontistes

Titulaires du CECSMO
Chirurgiens dentistes spécialistes qualifiés en ODF
Diplômés de la Faculté de Montpellier

16, boulevard Maréchal Foch
48100 Marvejols

Tél. : 04 66 45 14 17
Email : forthodontie@gmail.com