

Questionnaire médical du cabinet dentaire du Docteur Coline BACCHETTA

NOM / PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE :

VILLE :

CODE POSTAL :

TELEPHONE :

NOM MEDECIN TRAITANT :

MUTUELLES :

DISPONIBILITE :

PROFESSION :

DERNIERE VISITE DENTISTE :

Recommandé par :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Quel est l'objet de votre consultation (douleur, contrôle, soins, prothèses, implants, gencives, esthétique...) ?

Quels sont vos antécédents médicaux, quels médicaments prenez-vous ?

CARDIAQUES : (Hypertension)

VASCULAIRES :

DIABETIQUE :

DIGESTIFS :

HEPATIQUES : (HB,HC...)

GLANDULAIRES :

NERVEUX :

PULMONAIRES :

SANGUINS : (HIV)

ALLERGIQUE :

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? : OUI NON

Avez-vous eu une anesthésie locale (dents) ? : OUI NON Si OUI pourquoi ?

Avez-vous eu des réactions après ? (Malaise, éruption cutané) ? OUI NON

Saignez-vous beaucoup après une coupure ou une piqûre ? OUI NON

Êtes-vous enceinte ? OUI NON

Êtes-vous fumeur (euse) ? OUI NON

QUESTIONNAIRE DENTAIRE CONFIDENTIEL

Quels sont vos besoins ou que souhaiteriez-vous améliorer dans votre bouche ? :

Vos gencives saignent elles ? OUI NON Vos dents vous paraissent elles mobiles ? OUI NON

La teinte de vos dents vous convient-elle ? OUI NON Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? OUI NON

Êtes-vous consommateur de thé, café, sucrerie ? OUI NON Avez-vous eu de l'orthodontie ? OUI NON

Vos dents ont-elles rebougé ? OUI NON

Date:

Signature: