Annecy ORTHODONTIE

Fiche de renseignements

Tous les renseignements qui vous sont demandés sur cette fiche sont destinés à constituer votre dossier.

- NOM et Prénom du patient : ..... Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ /__ __
- Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Tél. Portable : __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __
- Adresse :..... Tél. domicile : __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __
  ..... Tél. travail : __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __
  .....

- E-mail (pour confirmation éventuelle de rendez-vous) :.....
- Nom et Prénom de l'Assuré :..... (Profession de l'Assuré :.....)
- Caisse de Sécurité Sociale :..... N° de Sécurité Sociale : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
- Bénéficiez-vous de la C2S (Complémentaire santé solidaire) ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, merci de nous rapporter votre attestation pour que vous puissiez bénéficier de vos droits.

- Par quel moyen avez-vous eu les coordonnées du cabinet ?.....
- Quel est le nom de **votre dentiste traitant** :.....
- Quel est le nom de **votre médecin généraliste** :.....

- Raison de la visite : ☐ suite visite chez le dentiste ☐ décalage des mâchoires
  ☐ problème esthétique ☐ chevauchement des dents
  ☐ pour un avis / conseil ☐ autre :.....

- Avez-vous déjà suivi un traitement d'orthodontie ? ☐ Oui ☐ Non Lequel ?.....
- Y-a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie dans la famille ? ☐ Oui ☐ Non Lequel ?.....
- Habitudes : ☐ Succion du pouce (ou sucette, doudou) ☐ Ongles rongés
  ☐ Mordillement du crayon ☐ Précisez :.....
- Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?.....
- Respirez-vous plutôt ... ☐ Par le nez ? ☐ Par la bouche ?
- Présentez-vous des ronflements nocturnes ? ☐ Oui ☐ Non
- Présentez-vous des claquements ou craquements des articulations des mâchoires ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent
- Avez-vous reçu des chocs sur les dents ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
  Si oui, quand et avec quelles conséquences ?.....
- Jouez-vous d'un instrument de musique à vent ? ☐ Oui ☐ Non
- Pratiquez-vous un sport à risque pour les dents ? ☐ Oui ☐ Non Lequel ?.....
- Avez-vous déjà suivi des séances d'orthophonie ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, quand et pour quels problèmes ?.....
- Avez-vous déjà été suivi par un ostéopathe ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, quand et pour quels problèmes ?.....
  Si oui, qui est votre ostéopathe ?.....
- Pour **les enfants** : taille et poids.....
- Pour **les filles** : êtes-vous réglée ? ☐ Non ☐ Si oui, depuis quand ?.....

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

- Prenez-vous des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non Précisez :.....
- Êtes-vous allergique ? ☐ Oui ☐ Non Précisez :.....
- Troubles O.R.L. ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : ☐ Otites ☐ Angines ☐ Autres :.....
- Opération des Végétations ☐ Oui ☐ Non
- Opération des Amygdales ☐ Oui ☐ Non
- Troubles de croissance ☐ Oui ☐ Non .....
- Troubles cardiaques ☐ Oui ☐ Non .....
- Diabète ☐ Oui ☐ Non .....
- Troubles hormonaux ☐ Oui ☐ Non .....
- Autres problèmes de santé.....

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Signature :**