

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville et code postal :

N° de tél

Domicile :

Portable :

Bureau :

Adresse email :

Profession des parents :

-Mère :

-Père :

Chirurgien-dentiste habituel :

Envoyé (e) par :

Nom de l'assuré dont dépend l'enfant :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance de l'assuré:

Mutuelle :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite et thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui cochez et précisez)

- Pathologie chronique ou affection longue durée
- Maladie héréditaire
- Trouble de la croissance

Poids :

Taille :

Date des premières règles :

Le patient est-il allergique ?

médicaments

métaux

latex

pollens

autres

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL ?

- rhumes
- sinusites
- angines
- otites
- ronflements nocturnes
- difficultés respiratoires
- autres

Le patient a-t-il été opéré des amygdales

végétations

paracentèse

Le patient a-t-il subi un

- traumatisme facial
- traumatisme dentaire

Le patient prend-il actuellement des médicaments

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date et Signature :