



Marina Le Marié

Docteur en Chirurgie Dentaire en Paris 5
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale CECSMO Paris 5
Ancien assistant hospitalier universitaire Paris 5
Diplôme universitaire d'orthodontie linguale Paris 5
Invisalign Provider

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF :

(il nous permet de vous accompagner au mieux dans vos démarches administratives, merci de le remplir avec soin)

NOM :

Prénom :

date de naissance :

adresse :

téléphone portable :

téléphone domicile :

adresse email :

Numéro sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale et adresse :

Couverture Particulière:

CMUC

ACS A/B/C

Nom Mutuelle 1 :

Nom Mutuelle 2 éventuellement :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL :

Êtes-vous en bonne santé ? oui non

Suivez-vous un traitement médical actuellement ? oui non

Si oui, pour quelles raisons ?

Nom des médicaments :

Nom du médecin traitant :

Adresse et coordonnées médecin traitant :

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? oui non

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? oui non

Si oui, précisez les dates et motifs :

Avez-vous ou avez-vous une ou plusieurs de ces maladies :

- Troubles cardiaques
- HIV/SIDA
- Diabète
- Tuberculose
- Hépatite
- Epilepsie
- Infection Rénale
- Hémophilie
- Tension artérielle
- Anémie
- Ulcère d'estomac (ou gastrite)
- Asthme
- Autres :**
- Allergies (si oui, précisez)

Êtes-vous allergique à certains médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ?

Êtes-vous allergique au latex ? oui non

Êtes-vous allergique à certains métaux ? oui non

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

QUESTIONNAIRE DENTAIRE :

Nom et adresse de votre dentiste traitant:

Date de la dernière visite :

Le dentiste vous a-t-il conseillé de consulter en orthodontie ? oui non

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ? oui non
Si oui, durée et type de traitement ?

Avez-vous eu une ou plusieurs extractions dentaires ? oui non
Si oui, à quel âge et pour quelle raison ?

Avez-vous eu une douleur dentaire récente ? oui non

Avez-vous dans votre famille des antécédents de « déchaussement » des dents ? oui non

Avez-vous eu un choc récent ou ancien au niveau des dents ? oui non

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? oui non

Des blocages de la mâchoire lors de l'ouverture ? oui non

Grincez vous des dents ? oui non
Si oui : la nuit le jour les 2

Ronflez vous la nuit ? oui non

Est-ce que vous fumez ? oui non
si oui combien de cigarettes par jour :

Buvez-vous du café ou thé régulièrement oui non

Date :

Signature :