

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous demandons de bien vouloir remplir ce document avec précision en cochant la bonne réponse.

Nom et Prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Nom du détenteur de l'Autorité parentale : _____
 N°SS du Responsable Financier : _____
 Numéro de téléphone : _____ maman / papa Numéro de téléphone : _____ maman / papa
 Adresse email* :@_____

Caisse d'Assurance Maladie : 78 91 92 CNMSS ou autre : _____

Mutuelle complémentaire : C2S (=CMU) : oui non

Attention : il faudra systématiquement présenter la carte vitale qui est reliée à la mutuelle et qui comporte l'enfant dans la liste des bénéficiaires. En cas d'oubli une feuille de remboursement papier vous sera établie.

Dentiste (nom, prénom, ville) : _____

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous ? _____

1. PROBLEMES BUCCAUX

Succion d'un ou de plusieurs doigts : Oui Non Si oui, date d'arrêt : _____

Succion d'une tétine ou d'un doudou : Oui Non Si oui, date d'arrêt : _____

Craquements ou douleurs à l'ouverture ou la fermeture des mâchoires : Oui Non

A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? Oui Non

Nombre de semestre utilisés : 1 2 3 4 5 6

A-t-il actuellement un appareil orthodontique en bouche ? Bague Fil de contention autre : _____

A-t-il déjà suivi une rééducation orthophonique ?

Si oui, pour quel motif : _____

Une personne de la famille a-t-elle les mêmes déformations ?

2. PROBLEMES O.R.L

Rhino pharyngites fréquentes Oui Non

Otites : Oui Non

Surdité : Oui Non

Végétations enlevées Oui Non

Ronflement Oui Non

Apnées du Sommeil Oui Non

A-t-il souvent le nez bouché ? Oui Non

Fait-il du bruit en mangeant ? Oui Non

A-t-il souvent la bouche ouverte ? Oui Non

3. PROBLEMES VERTEBRAUX

Problème de dos ou de nuque Oui Non

Semelle orthopédiques Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : _____

4. DIVERS

Allergie : Oui Non Si oui : médicaments / métaux / pollens / latex / Autres : _____

Anxiété ou nervosité : Oui Non Opérations Chirurgicales : amygdales végétations autre : _____

Traumatisme facial Oui Non Accidents, chutes Oui Non Si oui, lesquels : _____

Hépatites/ VIH Oui Non Hémophilie Oui Non

Suit-il un traitement médical Oui Non Si oui, lequel et depuis combien de temps :

Activité Sportive : Oui Non

Joue-t-il d'un instrument de musique ? Oui Non

Je soussigné(e) _____ , responsable légal de _____ , certifie la véracité des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à avertir le Dr en cas de modification de ces renseignements. Les clichés radiologiques dentaire doivent être communiqués au praticien pendant toute la durée du traitement.

Signature du Responsable Légal :

*L'adresse email fournie est utilisées à des fins internes pour vous contacter, vous envoyer les rappels de rendez-vous etc... Si vous ne souhaitez pas être contacté par email, veuillez cocher la case