

Questionnaire Médical confidentiel

Les pathologies bucco dentaires ainsi que les soins entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne , aussi nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision .

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de téléphone portable :

Numéro domicile :

Adresse mail :

Nom et adresse de votre dentiste traitant

Fréquence des visites

Date de la dernière visite

Nom et adresse du médecin traitant

État de santé général : pathologie(s) à signaler -

-

Traitement(s) à prendre en compte -

-

Présentez vous à votre connaissance des allergies ? -

-

Tabac : êtes vous fumeur (fumeuse) ?

Nombre moyen de cigarettes par jour ?

Depuis combien d' années environ ?

Si arrêt depuis combien de temps environ ?

État dentaire

Antécédents douloureux ou infectieux (abcès éventuels)

Traitements associés -

-

Si vous consultez pour des problèmes parodontaux (pb de gencives)

Avez vous des mobilités dentaires ?

Vos gencives saignent-elles spontanément ? Au brossage ?

Fréquence du brossage 1 x 2x 3 x

Brossage Manuel

Brossage électrique

Utilisation de brossettes interdentaires

Jamais

Occasionnellement

Avez vous déjà consulté un spécialiste pour des problèmes parodontaux ?

Avez vous suivi un traitement à l'issue de cette visite ?

Dans votre famille savez-vous si des proches ont une maladie parodontale , et sont traités

Date et signature