



"Qualité avec le sourire"

Bienvenue dans notre cabinet

Aidez-nous à mieux vous connaître:

Prénom:				Nom de famille:			
Adresse domicile				Tél: maison :			
Situation familiale : Marié, divorcé, célibataire, veuf				Tél travail :			
Date de naissance				Tél portable :			
No. Identité :				Contact d'urgence:			
E-Mail :							
Qui devons-nous remercier pour nous avoir recommandé a vous?							
PASSE MEDICAL							
Allergies: Pénicilline, autre							
Médicaments pris de façon régulière:							
Souffrez vous de :							
Problèmes au cœur: Souffles/autres	O / N	Problèmes rénaux	O / N				
Remplacement de valve	O / N	Hépatites/Jaunice	O / N				
Anémie	O / N	Asthme	O / N				
Tension Basse/ élevée	O / N	SIDA	O / N				
Si oui, combien ?							
Problèmes de coagulation	O / N	Maladies psychiatrique	O / N				
Fièvre rhumatique	O / N	Etes-vous fumeur	O / N				
Diabètes	O / N	Autre					
FEMMES ♀							
Êtes-vous enceinte?	O / N	Si oui, quel mois ?					
Prenez vous des hormones / une contraception orale? O/N							
SANTE BUCCO-DENTAIRE ☺							
Quand a eu lieu votre dernier examen buccal?							
Comment prenez-vous soin de votre bouche?							
Souffrez vous de :							
Reflexe de vomissement	O / N	Mauvaise odeur buccale	O / N				
Grincez-vous des dents	O / N	Avez-vous déjà subi une chirurgie de la bouche?	O / N				
Est-ce que quelque chose vous dérange en ce moment?							
Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches?							
Pourquoi avez-vous quitte votre précédent dentiste?							

SIGNATURE _____

DATE ____ / ____ / ____