



Les informations que vous nous communiquez resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical

QUESTIONNAIRE ORTHODONTIE ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Age : |_|_| ans

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone de la mère ☎ : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone du père ☎ : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Sécurité sociale : Mutuelle :

(Merci de nous présenter votre carte mutuelle et/ou attestation C2S)

Nom du responsable financier :

Qui est le responsable légal de votre enfant ? Père Mère Les deux





Votre enfant a déjà eu un traitement orthodontique auparavant ? Oui Non

Si oui merci de nous préciser la durée de votre traitement ainsi que le nom du praticien

Nom de votre chirurgien-dentiste ?

Quel est le motif de votre consultation ?

Un contrôle ? Oui Non

Un souci fonctionnel ? Oui Non

Un souci esthétique ? Oui Non

Une douleur ? Oui Non

Autre motif :

Votre enfant suce-t-il son pouce ou une tétine ? Oui Non Date d'arrêt :

Votre enfant a-t-il souvent le nez bouché ? Oui Non

Votre enfant a-t-il été opéré des amygdales ? Oui Non Des végétations ? Oui Non

Existe-t-il des habitudes déformantes (position bouche ouverte, tétée de la langue, se ronger les ongles ..)

Oui Non Si oui, laquelle ?

Votre enfant grince-t-il des dents la nuit ? Oui Non

Votre enfant a-t-il une respiration buccale ? Oui Non

Votre enfant prend-t-il encore le biberon ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Existe-t-il des troubles de posture ou de croissance ? (Scoliose, cyphose dorsale...) Oui Non

Avez-vous d'autres informations à porter à notre connaissance concernant votre enfant ?

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé et /ou vos traitements médicaux ainsi que tout changement d'ordre administratif.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du responsable légal :

