



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 :

