



"Qualite avec le sourire"

Aidez-nous a mieux vous connaitre:

Prenom:		Nom de famille:	
Adresse domicile:		Tel maison:	
Situation familiale: Marie, Divorce, Celibataire		Tel travail:	
Date de naissance: __ __ / __ __ / __ __		Tel Portable:	
No Identite:		Contact d'urgence:	
E-Mail :			
Qui devons nous remercier pour nous avoir recommande a vous?			
Passé Medical			
Allergies: Penicilline, autre			
Medicaments pris de facon reguliere:			
Souffrez vous de:		Problemes renaux	Y / N
Problemes au cœur: Souffles/autres		Y / N	Hepatitis/Jaunice
Amemie		Y / N	Asthme
Tension Basse/Elevee		Y / N	SIDA
Problemes de coagulation		Y / N	Maladies psychiatrique
Fievre rhuma tique		Y / N	Etes vous fumeur
Diabetes		Y / N	Autre:
Vaccin Corona		Y / N	Corona se remet
			Y / N
Femmes ♀			
Etes-vous enceinte?		Y / N	Si oui, quell mois?
Prenez vous des hormones / une contraception orale?			Y / 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		Y / N	Mauvaise odeur buccale
Grincez-vous des dents		Y / N	Avez-vous deja subi une chirurgie de la bouche
			Y / N
Est-ce que quelque chose vous derange en ce moment?			
Aumeriez-vous avoir les dents plus blanches?			
Pourquoi avez-vous quitte votre precedent dentiste?			

SIGNATURE _____ **DATE** _____