



"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 Y / N | |
| Amemie Y / N | | Asthme Y / N | |
| Tension Basse/Elevee Y / N | | SIDA Y / N | |
| Problemes de coagulation Y / N | | Maladies psychiatrique Y / N | |
| Fievre rhuma tique Y / N | | Etes vous fumeur Y / N | |
| 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 Y / N | |
| Grincez-vou 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** _____