



“Qualité avec le sourire”

Bienvenue dans notre cabinet

Aidez-nous à mieux vous connaître:

Prénom:		Nom de famille	
Adresse domicile:		Tel maison #	
Situation familiale: Marie, divorce, célibataire		Tel travail #	
Date de naissance: D/M/Y ____/____/____		Tel portable #	
No. Identité:		Contact d'urgence#	
E-Mail :			
Qui devons nous remercier pour nous avoir recommandé a vous?			
PASSE MÉDICAL			
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
Problèmes de coagulation	O / N	Maladies psychiatrique	O / N
Fièvre ruma tique :	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 quitté votre précédent dentiste?			

SIGNATURE_____

DATE____/____/____