



Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Adressé et/ou recommandé par : \_\_\_\_\_

Motif de Consultation	
Rendez vous de contrôle	Information
Extraction	Dent sensible
Détartage	Douleur
Prothèse Dentaire	Gencives
Êtes-vous gêné(e) par l'esthétique de votre sourire ?	

### Avez vous des problèmes de santé ?

Oui	Non
-----	-----

### Si oui, lesquels ?

Problème cardiaque	Asthme
Hypertension	Thyroïde
Maladie infectieuse	Ostéoporose
Tuberculose, Hépatite, SIDA	Médication avec biphosphonates
Problèmes reinaux.	Diabète
Autres :	

### Prenez vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?

\_\_\_\_\_

### Faites vous des allergies ?

\_\_\_\_\_

Fumez vous ? \_\_\_\_\_

Combien de cigarettes/jour : \_\_\_\_\_

Êtes vous enceinte : \_\_\_\_\_

Depuis quand ? \_\_\_\_\_

Questionnaire rempli le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :