



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 :