



Questionnaire administratif et médical (Adulte)

Le Patient :

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : -----/-----/----- Age : -----

Adresse complète : -----

Code postal : ----- Ville : -----

N° téléphone : -----

Adresse e-mail : -----

Profession :

N° de sécurité sociale : ---/---/---/---/---/---/---

Caisse régime général : ----- Mutuelle complémentaire : -----
(CPAM ou autre)

Etes-vous bénéficiaire de la C2S (CMU) / CSS complémentaire ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, merci de nous fournir l'attestation à jour.

Dentiste traitant : Nom ----- Prénom ----- Commune -----

Qui vous a adressé au cabinet d'orthodontie ? (Nom et qualité) : -----

Pour quel motif consultez-vous ? -----

- Si le patient n'est pas l'assuré :**

Nom de l'assuré (e) : ----- Prénom : -----

Date de naissance de l'assuré : ---/---/---.

→ Suite au dos

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie auparavant ? ☐ OUI ☐ NON
- Le patient grince-t-il des dents ? ☐ OUI ☐ NON
- Possède-t-il une gouttière de bruxisme ? ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous des allergies ? ☐ Médicament ☐ Alimentaire ☐ Autre : _____
☐ NON

- Prenez-vous des médicaments de manière régulière ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui le(s) quel(s) ? _____
Et pour traiter quoi ? _____

- Avez-vous subi un choc ? (chute ou coup sur les dents, nez, lèvres, menton, front, crâne...) ☐ OUI (âge : _____) précisez _____ ☐ NON

- A la naissance, a-t-on utilisé des forceps ou autres ? ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous déjà consulté ou êtes-vous suivi ? chez ☐ un ostéopathe ☐ un kinésithérapeute
☐ un ORL ☐ Autre _____

- Portez-vous des semelles orthopédiques ? ☐ OUI depuis _____ ☐ NON

- Avez-vous déjà suivi une rééducation chez un orthophoniste ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui précisez lequel et pour quelle raison : _____

- Avez-vous été opéré ? ☐ Amygdales ☐ Végétations ☐ Autre, précisez _____

- Avez-vous des troubles au niveau de la colonne vertébrale ?
☐ Scoliose ☐ Lordose ☐ Cyphose ☐ Cervicalgies
☐ Autres douleurs, précisez _____

- Avez-vous d'autres antécédents médicaux à nous signaler ?
 - ☐ Asthme ☐ Problème cardiaque
 - ☐ Anémie ☐ Problème endocrinien
 - ☐ Epilepsie ☐ Problème nerveux
 - ☐ Tuberculose ☐ Problème rénal
 - ☐ Pneumopathie ☐ Problème sanguin
 - ☐ Affections hépatiques (hépatites ou autre) ☐ HIV
 - ☐ Autre, précisez _____

- Votre médecin généraliste : Docteur _____

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



RENSEIGNEMENTS DIVERS :

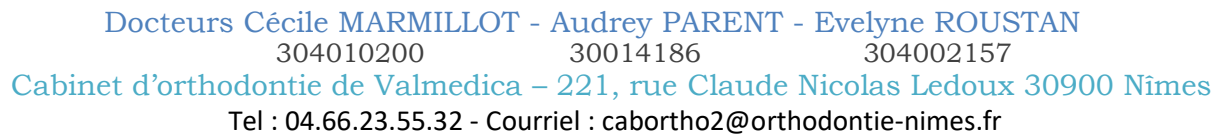
- Avez-vous encore ou eu des habitudes de succion ? ☐ Pouce ou doigts ☐ Stylos ☐ Lèvres
☐ Doudou ☐ Langue (« tétouillage ») ☐ Sucette
- Rongez-vous vos ongles ? ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup
- Ronflez-vous ? ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup
- Avez-vous des apnées du sommeil ? ☐ OUI ☐ NON
- Respirez-vous le plus souvent ? ☐ Par la bouche ☐ Par le nez ☐ Vous ne savez pas
- Jouez-vous d'un instrument de musique ? ☐ OUI le(s)quel(s) ? _____ ☐ NON
- Si le patient est une femme : Etes-vous enceinte ? (En cas d'exams radiologiques à réaliser)
☐ OUI ☐ NON

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire confidentiel. Il contribue à votre prise en charge dans le cadre d'un traitement d'orthodontie et ce dans le respect de votre santé globale et notre volonté de vous accompagner dans un parcours de soins personnalisé.

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



Notes complémentaires :

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

☐ **Panoramique dentaire** ☐ **Télécrane de profil** ☐ **Télécrane de Face**
☐ **Empreintes numériques**
☐ **Bilan orthophonique**
☐ **Bilan ORL**
☐ **Bilan pneumo (apnées)**
☐ **Bilan ostéopathe**
☐ **Autres :**

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature