

PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse privée : Tél :

NPA et localité :

Adresse professionnelle : Tél :

Portable : Adresse email : Fax :

PARENT OU RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom : Profession :

Adresse privée : Tél :

NPA et localité :

Adresse professionnelle : Tél :

Portable : Adresse email : Fax :

ENVOYE PAR :

DENTISTE ET ASSURANCE :

Nom et adresse du dentiste de famille :

.....

Avez-vous une assurance qui prend en charge des soins orthodontiques ? oui non.

Etes-vous au bénéfice des services sociaux/des prestations complémentaires ? oui non

ANAMNESE GENERALE

Oui Non Le patient :

- a-t-il un souffle cardiaque ? Autres malformations au cœur/aux valves ?
- prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels :
- a-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles :
- respire-t-il la bouche ouverte ?
- a-t-il souvent des rhumes ?
- a-t-il sucé le doigt ou tout autre objet ?
- le suce-t-il encore ? Si non, quand a-t-il arrêté ?
- a-t-il suivi des séances de logopédie ?
- a-t-il eu un choc ou une chute sur la face ?
- sur le menton ?
- sur les dents ?

Si oui, à quel âge ?

est-il de taille moyenne ? parmi les petits ? parmi les grands ?

Pour les filles : les menstruations ont-elles commencé ?

Si oui, quand (mois et année)?

est-il né avec une malformation au niveau de la face ?

A votre connaissance, y a-t-il de la parenté chez qui:

- il a manqué des dents définitives ?
- il y a eu des dents supplémentaires?

DATE

SIGNATURE :