

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mlle

Nom et prénom du patient : .....

Date et lieu de naissance du patient : ...../...../..... à : .....

Nom et prénom de l'assuré(e) : .....

Date et lieu de naissance de l'assuré(e) : ...../...../..... à : .....

Adresse du responsable légal et financier (père/mère/les 2) : .....

CP/Ville : .....

Tél(s) : ..... Portable (père/mère) : .....

Email : ..... @ .....

Profession : .....

Nom, Prénom du Papa ou de la Maman si différente de celle du responsable légal : .....

Nom des autres enfants suivis ici : .....

Nom de la caisse de sécurité sociale de l'assuré : .....

N° de sécurité sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ?  Non  Oui Si oui,  ACS Social  A  B  C

Bénéficiaire de la CMU ?  Non  Oui Bénéficiaire de la MGEN ?  Non  Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ?  Parent  Ami  Docteur  Internet  Autre : .....

Quel est le motif de la visite ? .....

## VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ? 1/2

Médecin traitant : ..... Ville : .....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Non  Oui Précisez : .....

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non  Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il des allergies connues (latex, métaux, médicaments, autres) ?

Non  Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ?

Non  Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non  Oui Précisez : .....

## VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ? 2/2

- Votre enfant a-t-il des problèmes ORL (asthme, ronflements nocturnes, difficultés respiratoires) ?  
 Non  Oui Précisez : .....
- Votre enfant a-t-il des troubles alimentaires ?  
 Non  Oui Si oui, par qui est-il suivi ? .....
- Votre enfant a-t-il des problèmes de dos (scoliose, lordose) ?  
 Non  Oui Si oui, par qui est-il suivi ? .....
- Votre enfant dort-il la bouche ouverte ?  
 Non  Oui

## HISTORIQUE DENTAIRE

- Dentiste traitant : ..... Ville : .....
- Précisez la date de la dernière visite : .....
- Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?  
 Non  Oui Si oui, merci de ramener la dernière radio effectuée lors de votre visite
- A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?  
 Non  Oui
- Précisez le nom de l'orthodontiste : ..... Ville : .....
- Les parents ont-ils déjà suivi un traitement d'orthodontie ?  
Mère :  Non  Oui Père :  Non  Oui
- Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons en dehors des repas ou du goûter ?  
 Non  Oui
- Boit-il des sirops ou du soda à table ?  
 Non  Oui
- Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une tétine ?  
 Jamais  Journée et nuit  Phase d'endormissement  Terminée depuis l'âge de : .....
- Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?  
 Jamais  Journée et nuit  Phase d'endormissement  Terminée depuis l'âge de : .....
- A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?  
 Matin et soir  Matin  Midi  Soir  Irrégulièrement
- Grince-t-il des dents ?  
 Non  Oui Précisez :  éveillé  endormi
- Votre enfant ronfle-t-il ?  
 Non  Oui
- Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?  
 Non  Oui Si oui, quoi ? .....
- Autres remarques utiles ? .....

Je soussigné(e) ..... représentant légal de ....., atteste l'exactitude de ces informations.  
En cas de modifications de l'état de santé, des prescriptions médicales et/ou des coordonnées (adresse, numéro de téléphone, mail...) de ....., je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :