

# Cabinet d'Orthodontie

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

## Questionnaire Administratif

*Cher Patient, chers Parents,*

*Nous vous remercions de remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous aider dans les formalités administratives.*

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : F  M

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

N° Téléphones maman : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 06/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° Téléphones papa : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 06/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

No SS : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Profession mère : \_\_\_\_\_ Entreprise : \_\_\_\_\_

Profession père : \_\_\_\_\_ Entreprise : \_\_\_\_\_

Nom du dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### Sécurité sociale

Régime général Caisse primaire de \_\_\_\_\_

Régime local

Régime agricole

SNCF

Militaire

MGEN

Artisans

Professions indépendantes

CMU attestation jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autres

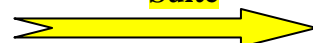
### Mutuelle

Oui

Laquelle : \_\_\_\_\_

Non

Suite



# Cabinet d'Orthodontie

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien- dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

## Questionnaire Médical

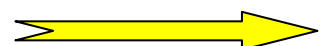
*Cher Patient, chers parents,*

*Nous vous remercions de remplir ce questionnaire qui facilitera la constitution de votre dossier médical.*

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui cochez et précisez)

- Pathologie chronique ou affection de longue durée  \_\_\_\_\_
- Maladie héréditaire  \_\_\_\_\_
- Trouble de la croissance  \_\_\_\_\_
- Bilan de croissance : Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_
- Fille : date des premières règles : \_\_\_\_\_
- Troubles posturaux  \_\_\_\_\_
- Troubles ostéo-articulaires  \_\_\_\_\_
- Rhumatisme articulaire aigu  \_\_\_\_\_
- Troubles neurologiques  \_\_\_\_\_
- Epilepsie  \_\_\_\_\_
- Pathologie cardiaque  \_\_\_\_\_
- Pathologie rénale  \_\_\_\_\_
- Troubles de la coagulation  \_\_\_\_\_
- Troubles hormonaux  \_\_\_\_\_
- Troubles alimentaires  \_\_\_\_\_
- Diabète  \_\_\_\_\_
- Maladie virale  \_\_\_\_\_
- Pathologie pulmonaire  \_\_\_\_\_
- Asthme  \_\_\_\_\_

**Suite**



# Cabinet d'Orthodontie

Docteur Olivier LAVERGNE, chirurgien -dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Docteur Peggy LAUGEL, chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Le patient est-il allergique

médicaments

métaux

latex

pollens

acariens

autres

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL

- rhumes  \_\_\_\_\_
- sinusites  \_\_\_\_\_
- angines  \_\_\_\_\_
- otites  \_\_\_\_\_
- ronflements nocturnes  \_\_\_\_\_
- apnées du sommeil  \_\_\_\_\_
- difficultés respiratoires  \_\_\_\_\_
- autres  \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il été opéré des :

amygdales date : \_\_\_\_\_

végétations date : \_\_\_\_\_

paracentèse date : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il subi un

- traumatisme facial  à quel âge ? \_\_\_\_\_
- traumatisme dentaire  à quel âge ? \_\_\_\_\_
- souffre-t-il de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires
- suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce, ses doigts ou une tétine  jusqu'à quel âge \_\_\_\_\_

Le patient prend-il actuellement des médicaments

Si oui, lesquels et depuis combien de temps : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique ?  oui  non

Si oui chez quel praticien : \_\_\_\_\_

**Date et Signature :**