



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire a pour objectif d'identifier les éventuelles particularités liées à la santé de votre enfant afin d'adapter au mieux les soins dentaires et les prescriptions. Merci de le remplir avec précision. Il est confidentiel et pourra être complété, si nécessaire, avec votre chirurgien-dentiste.

INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

NOM - PRÉNOM

AGE

POIDS

NOM DU RESPONSABLE LEGAL

ADRESSE

PORTABLE

NOM, PRENOM ET COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

EST-CE SA PREMIERE VISITE CHEZ UN DENTISTE ?

OUI

NON

*Si non, à quand remonte
la dernière visite ?*

HISTORIQUE MEDICAL

VOTRE ENFANT A T IL DES PROBLEMES DE SANTE
ET PREND IL UN TRAITEMENT ?

OUI

NON

Lesquels ?

Merci de bien vouloir apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous

A T IL SUBI DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ?

OUI

NON

Lesquels ?

FAIRE LE POINT SUR SA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :

VOTRE ENFANT A T IL SUIVI UN TRAITEMENT
ORTHODONTIQUE ?

OUI

NON

VOTRE ENFANT A T IL L'UNE DE CES HABITUDES ?

Succion pouce

Succion tétine

VOTRE ENFANT UTILISE T IL UN DENTIFRICE FLUORE ?

OUI

NON

