

CABINET de STOMATOLOGIE et d'ORTHOPEDIE DENTO FACIALE

Dr Alain DELBARRE – Dr Marie Madeleine BARALLE – Dr Sandrine ELHAGE

15 Boulevard Faidherbe – 59280 ARMENTIERES

Tél. : 03.20.35.51.57

ORTHODONTIE : QUESTIONNAIRE MEDICAL (ENFANT)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom et Prénom de l'assuré :

Adresse : Code postal..... Ville.....

Profession du père : Profession de la mère :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale : Mutuelle :

Nom du dentiste traitant, la ville et la date de la dernière visite :

Nom du médecin traitant (ville).....

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous ?

Pour quelle raison ?

Votre enfant a-t-il déjà porté un appareil d'orthodontie ? Oui Non

Suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ou une tétine ? Oui Non / Date d'arrêt :

A-t-il le nez souvent bouché ? Oui Non / Ronfle t-il ? Oui Non / Salive t-il la nuit ? Oui Non

A-t-il souvent la bouche ouverte ? Oui Non / A-t-il déjà consulté un O-R-L ? Oui Non

Fait-il du bruit en mangeant ? Oui Non / Mastique t-il d'un seul côté ? Oui Non

Suit-il ou a-t-il suivi une Rééducation Orthophonique ? Oui Non Motif :

Suit-il ou a-t-il suivi une Rééducation Orthoptique ? Oui Non Motif :

Présente-t-il des allergies ? Oui Non Si oui, lesquelles :

A-t-il eu une intervention chirurgicale (ex : amygdales, végétations, autre) : Oui Non

Si oui, préciser le motif.....

Suit-il actuellement un traitement médical ? Oui Non

Si oui pourquoi.....

Porte-t-il ou a-t-il déjà des semelles orthopédiques ? Oui Non

A-t-il des troubles : de dos ? Oui Non ou articulaires en ouvrant la bouche ? Oui Non

Grince t-il des dents la nuit ? Oui Non / Mâche t-il souvent des chewing-gums ? Oui Non

Quel(s) sport(s) pratique-t-il ?

Joue-t-il d'un instrument de musique ? Oui Non

A-t-il déjà eu un traumatisme facial ou reçu un coup sur le menton ? Oui Non

Autre :

Date :

Signatures des parents :