



Questionnaire médical



Merci de remplir ce questionnaire strictement confidentiel pour votre enfant.

Nom : Prénom :

Date de naissance : /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

E-mail :

Comment avez-vous connu le cabinet ?
.....
.....

Renseignements d'ordre général :

Poids : Taille :

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier (allergie, pathologie, hémorragie...) ? :
.....
...

Votre enfant a-t-il pris des médicaments au cours des 3 derniers mois ?
Oui Non
Si oui lesquels ? :

Habitudes alimentaire et hygiène dentaire :

Votre enfant mange-t-il entre les repas ?
Oui Non
Si oui, quel type d'aliment ?

Quand votre enfant se brosse-t-il les dents ? :

Quel type de dentifrice utilise-t-il ?

Quel type de brosse à dent utilise-t-il ?

Comment se passe le brossage ?

Antécédents dentaires :

Est-ce la première visite de votre enfant chez le dentiste ?
Oui Non
Si non, quand était la dernière visite et pour quelle raison ?
.....
.....

Votre enfant prend-il ou a-t-il pris du fluor ? (Zymafluor, Zymaduo, Fluorex)
Oui Non

Votre enfant a-t-il eu une expérience désagréable ou difficile chez le dentiste ?
Oui Non



Y'a-t-il des problèmes dentaires particuliers dans la famille de l'enfant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?.....

Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie locale ? :

Oui Non

Si oui cela s'est-il bien passé ? :

Votre enfant est-il suivi par un orthodontiste ?

Oui Non

Veillez cocher si un ou plusieurs des points suivants concerne votre enfant et précisez parfois jusqu'à quel âge :

- Tétine
- Pouce
- Biberon au coucher
- Grignotage entre les repas
- Boissons sucrées entre les repas (lait, jus, sirop, soda)
- Allaitement
- Grince des dents
- Respiration buccale
- Ronge les ongles

Précisions ou autre :

Motif de consultation :

- Contrôle
 - Soins spécialisés
 - Douleur
 - Avis spécialisé
 - Choc
 - Détartrage
 - Extraction
 - Caries
- Autre motif :
-

Souhaitez-vous nous faire part d'autres informations concernant votre enfant ?

.....

Je m'engage à informer le Docteur Charlotte Bazennerye de tous changements de l'état de santé de mon enfant intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical confidentiel.

J'ai lu et compris chaque question et y ai répondu avec sincérité et du mieux possible.

Le soussigné s'engage à payer tous les frais engagés pour l'enfant dans le cadre des soins dentaires réalisés.

Date :/...../.....

Signature du tuteur légal :