DR. ANNE-LAURE FAVRE
Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

14 Boulevard d'Italie
85000 La Roche-sur-Yon
Dr. Anne-Laure Favre

02.51.46.29.64
odf.dr.favre@gmail.com
orthodontie-favre.fr

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom du patient
Prénom
Date de naissance
Adresse mail
Nom dentiste
Nom / Prénom assuré
N° de sécurité sociale
Caisse de sécurité sociale
Autre (préciser)

Adresse
CP Ville
Mobile

Nom du Médecin traitant
Date de naissance de l'assuré

CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐

Parent 1
Nom
Prénom
Numéro de téléphone
Adresse mail

Parent 2
Nom
Prénom
Numéro de téléphone
Adresse mail

Comment avez-vous connu le cabinet (dentiste, ami, internet ...)

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Si oui laquelle _____ oui ☐ non ☐
Prend-t-il régulièrement des médicaments ? _____ oui ☐ non ☐
Suce-t-il son pouce ou la sucette ? _____ oui ☐ non ☐
A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? _____ oui ☐ non ☐
Est-ce que des dents ont été endommagées par un accident ? _____ oui ☐ non ☐
Votre enfant souffre-t-il de blocage ou de douleur de la mâchoire ? _____ oui ☐ non ☐

A-t-il déjà été suivi par un spécialiste ORL ? _____ oui ☐ non ☐
A-t-il été opéré des végétations ? _____ oui ☐ non ☐
A-t-il été opéré des amygdales ? _____ oui ☐ non ☐
Votre enfant a-t-il de l'asthme ? _____ oui ☐ non ☐
Ronfle-t-il la nuit ? _____ oui ☐ non ☐
A-t-il un sommeil agité ? _____ oui ☐ non ☐
Transpire-t-il de la tête durant son sommeil ? _____ oui ☐ non ☐
Bave-t-il la nuit (tâches de salive sur l'oreiller le matin) ? _____ oui ☐ non ☐
Se mouche-t-il tout(e) seul(e) ? _____ oui ☐ non ☐
Est-il souvent enrhumé ? _____ oui ☐ non ☐
Tabac ? _____ oui ☐ non ☐
Allergies ? _____ oui ☐ non ☐

Autres remarques

Fait à la Roche Sur Yon le

Signature