

## Patient Adulte

Nom : .....	Né(e) le : .....
Prénom : .....	N° sécurité sociale : .....
Adresse : .....	CPAM de : .....
.....	Mutuelle : .....
CP et Ville : .....	
Tél domicile : .....	Personne qui vous a adressé au cabinet : .....
Tel professionnel : .....	.....
N° portable : .....	Dentiste traitant : .....
Email :	

### Questionnaire médical (strictement confidentiel)

Nom du médecin traitant : .....	- Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ? .....
Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui, précisez) - Pathologie chronique ou affection de longue durée .....	- Saignements de gencive .....
- Maladie héréditaire .....	- Douleurs ou blocage des articulations des mâchoires .....
- Troubles de croissance .....	- Avez-vous subi :
- Troubles posturaux .....	- un traumatisme facial .....
- Troubles ostéo-articulaires .....	- un traumatisme dentaire .....
- Rhumatisme articulaire aigu .....	- Apnées du sommeil.....
- Troubles neurologiques .....	- Prenez-vous actuellement des Médicaments ?
- Epilepsie .....	- Lesquels et depuis combien de temps ? .....
- Pathologie cardiaque .....	- Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?.... .....
- Pathologie rénale .....	Date :
- Troubles de la coagulation .....	Signature :
- Troubles hormonaux .....	<i>Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement</i>
- Troubles alimentaires .....	
- Diabète .....	
- Pathologie pulmonaire .....	
- Asthme .....	
- Allergies .....	
- Problèmes O.R.L.....	

Vos données personnelles sont stockées dans notre logiciel orthokis.  
Si vous souhaitez une copie de votre dossier, nous aurons besoin d'une demande écrite de votre part.  
Si vous souhaitez modifier, retirer votre dossier, nous aurons besoin d'une demande écrite de votre part.  
Vos données personnelles ne seront pas utilisées à des fins commerciales.