

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Sport ou activité pratiqué :

Qui vous a orienté vers notre cabinet (dentiste, famille, ami,) :

Avez-vous déjà été traité en orthodontie :

Si oui, combien de temps : Par quel praticien ?.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse :

Mail : Téléphone(s).....

Caisse / Mutuelle D'assuré(e).....

NOM DU DENTISTE TRAITANT :

A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? :

Avez-vous des soins dentaires en cours ?

Si oui lequel ou lesquels :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Avez-vous des problèmes de santé ?.....

Si oui, lequel ou lesquels :

Prenez-vous un traitement médical ?

Si oui, lequel ou lesquels :

TYPE D'APPAREILLAGE SOUHAITE

Par quelle de techniques de traitement orthodontique êtes-vous intéressé ?



DR. ANDRÉA COUSTOU

SPÉCIALISTE QUALIFIÉE
EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

2 RUE ARNÈDE. RTE DE SAUSSINES
30250 SOMMIÈRES

T / 04 66 80 41 25
CONTACT@SMILE-SOMMIERES-ORTHODONTIE.COM

WWW.SMILE-SOMMIERES-ORTHODONTIE.FR

SMILE SOMMIERES ORTHODONTIE