

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Date de naissance : .....

Classe suivie : .....

Centres d'intérêt ou sport pratiqué : .....

Adresse email familiale : .....

Nom de votre Chirurgien-dentiste traitant : .....

Merci d'indiquer qui vous a recommandé notre cabinet (si ce n'est pas votre dentiste) : .....

Rhino-pharyngites fréquentes  Oui  Non

Végétations enlevées  Oui  Non

Si oui, à quel âge ? .....

Amygdales enlevées  Oui  Non

Si oui, à quel âge ? .....

Votre enfant suce t-il encore son pouce ?  Oui  Non

Votre enfant suce t-il un autre doigt ?  Oui  Non

Votre enfant tête t-il sa langue ?  Oui  Non

A t'il du mal à respirer par le nez ?  Oui  Non

Dort-il la bouche ouverte ?  Oui  Non

Ronfle t-il la nuit ?  Oui  Non

A t-il déjà eu un traitement d'orthophonie ?  Oui  Non

Si oui, à quel âge ? .....

Asthme ?  Oui  Non

Allergies ?  Oui  Non

À quoi? .....

Maux de tête fréquents ?  Oui  Non

Si oui à quel âge ? .....

Problème vertébral ?  Oui  Non

Lequel ? .....

A t-il déjà consulté un ostéopathe ?  Oui  Non

Bon sommeil ?  Oui  Non

Nervosité ?  Oui  Non

Pour les filles de moins de 13 ans : règles ?  Oui  Non

Si oui, premières règles à quel âge? .....

## DIVERS :

Accidents antérieurs : .....

Opérations : .....

Médicaments pris régulièrement : .....

Difficultés psychologiques ou autres : .....

Semelles orthopédiques : .....

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste\*. \*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Cabinet du Docteur Luc POTY à Reims - 4 rue Dumont d'Urville - 51100 REIMS

Tél. : 03 26 06 21 78 - <http://docteur-poty.fr>