

Orthodontie Adulte

Information du patient:

Prénom: Nom: Genre: F H Autre
Âge: Date de naissance (Jour/Mois/Année)
Courriel:

Adresse personnelle:

Rue: Ville: CP: Province:
Courriel: Téléphone: Maison Cellulaire Travail
Téléphone: Maison Cellulaire Travail

Avez-vous une assurance dentaire? Oui Non

Information de santé:

Diabète Type I / Type II	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maladies osseuses	<input type="checkbox"/>	Trouble du sang / hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Suppression immunitaire	<input type="checkbox"/>	Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Avez-vous des allergies à des médicaments Oui Non

Allergies aux métaux ou latex? Oui Non

Veillez indiquer les médicaments que vous prenez:

1:
2:
3:
4:

Raison:

Fumez-vous (cigarette, vapotage, cannabis)? Oui Non

Avez-vous des trouble de l'articulation? Oui Non

Avez-vous besoin d'antibiotiques avant les rendez-vous dentaires? Oui Non

Viagra, Levitra ou Cialis? Oui Non

Avez-vous eu des blessures au visage, à la bouche ou aux dents? Oui Non

Dernier examen dentaire? Date:

Ronflez-vous la nuit? Oui Non

Nom de votre dentiste:

Je, soussigné, par la présente déclare que j'ai lu, compris et répondu aux questions dentaires/médicales ci-dessus au meilleur de mes connaissances. Je déclare vous informer de tous changements à ma santé.

Signature : _____

Date: _____