



QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Motif de la consultation:

Date de votre dernière consultation:

Aujourd'hui avez-vous :

- Une gêne
- Une douleur
- Un problème esthétique

Avez-vous des difficultés? :

- A manger
- A dormir
- A parler

Avez-vous déjà réalisé un cliché radiologique de toutes les dents?

Avez-vous eu une réaction après une anesthésie locale?

- Si oui de quelle type de réaction?

Quand vous brossez-vous les dents:

- le matin le midi le soir
-

Vos gencives saignent-elles?

Avez-vous l'impression que vos dents bougent?

Vos parents ont-ils perdus des dents à cause d'un problème de gencive?

Entre les repas avez-vous l'habitude :

- De consommer des sucreries?
- De mâcher du chewing-gum?
- De boire des boissons sucrées?

Utilisez-vous des brossettes interdentaires?

Votre dernier détartrage date de :

- 6 mois 1 an 2ans Plus

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine?

Avez-vous la bouche sèche?

Autres éléments à signaler à votre dentiste ne faisant pas partie de cette liste:

Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels nouveaux traitements.

Fait à Paris le:

Signature du patient: