

Informations personnelles

Nom Prénom
Date de naissance / / Sexe Féminin Masculin Non-binaire
Adresse.....
Code postal Ville
Téléphone portable Téléphone fixe
E-mail @

Médecin traitant - Mutuelle

Nom du médecin traitant
Numéro de sécurité sociale
Mutuelle / Complémentaire santé

Antécédents médicaux et dentaires

Avez-vous des allergies ? Oui Non
-> Si oui, précisez lesquelles ?

Avez-vous un traitement médical en cours ? Oui Non
-> Si oui, précisez lesquels ?

Antécédents médicaux particuliers :
 Diabète Problèmes cardiaques Hypertension Cancer Ostéoporose Epilepsie Asthme
 Autres

Avez-vous eu des problèmes dentaires récents ? Oui Non
-> Si oui, précisez lesquels ?

Etes-vous anxieux(se) à l'idée des soins dentaires ? Oui Non

Motif de la consultation

Bilan / Contrôle Douleur / Urgence Détartrage Soins (carie, dévitalisation, etc.)
 Esthétique (blanchiment, facettes...)
 Autres

J'accepte d'être contacté(e) par téléphone ou par email
pour mes rendez-vous ou informations importantes.

Signature du patient

Date : / /

