

La Seyne Sur Mer, le

NOM : Prénom :.....
Né (e) le :
Adresse :
.....
Téléphone :
Adresse de messagerie
Profession :
N° SS :Mutuelle :
Autre membre de votre famille déjà soigné dans notre cabinet :
Votre attitude face à un traitement d'ODF :
Enthousiasmé : Indifférent : Craintif :..... Réticent :

Fumez-vous ?.....
Prenez-vous des médicaments ? Lesquels :.....
Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?...
Avez-vous eu des problèmes cardiaques ? ORL ? Hématologiques ?.....
Allergiques ?.....Respiratoires ? Métaboliques ?Infectieux ?.....
Etes-vous allergique aux métaux ou à la résine ?.....
Avez-vous été opéré des amygdales ?..... Des Végétations :

Nom du dentiste traitant :..... Recommandé par :
Avez-vous sucé votre pouce ? Vous plaignez-vous de craquement ?.....
Avez-vous mal aux articulations des mâchoires ?
Vous plaignez-vous de claquement des mâchoires ?
Grincez-vous des dents ?.....

Signature.

(Ce document est strictement confidentiel)