

Coordonnées à remplir si changement

Adresse _____
Commune- CP _____

Tél portable _____
Adresse mail _____
Profession _____

Santé générale et médicaments :

Raisons de votre demande de rendez-vous

- Bilan
- Problème de gencive
- Problème dentaire

Si douleur : En haut En bas
 À votre droite À votre gauche
 Sur une dent Entre 2 dents Sur une zone plus large
Quel numéro de dent en partant du milieu de la bouche : _____
Ou quel numéro de dent en partant du milieu de la bouche : _____
 Au chaud Au froid
 La nuit Après un repas N'importe quand
 Qui se prolonge Qui s'arrête tout de suite

- Demande esthétique

Nettoyage de la bouche

Type de brossage Manuel Électrique
Brossage quotidien Oui Non
Dentifrice fluoré Oui Non Fréquence brossage Matin Midi Soir

Habitudes alimentaires

Nombre de repas par jour : _____
Grignotage en dehors des repas Oui Non
Si oui Café Thé Soda Biscuits Fruits

J'atteste sur l'honneur
l'exactitude des déclarations ci-dessus

Date