

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre médecin traitant ?

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Quel est le motif de votre consultation ?

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ?
Si oui, lesquelles ?

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non

Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartrage

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non Si oui, pour quelles raisons :
 Caries Infection ou abcès Déchaussement Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si oui, par : un bridge fixe un appareil mobile un implant

Si non, pour quelle raison ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?
Oui Non

Si oui, lesquelles:

Avez-vous des dents sensibles :
Au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication

MÂCHOIRES

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements
ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....

.....

.....

.....

DIVERS

- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non
- Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....

.....

.....

.....

- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?
- ◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....

.....

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Ville, le / /

SIGNATURE :