

**QUESTIONNAIRE NOUVEAU PATIENT**

Le cas échéant, **merci de nous indiquer au plus vite tout changement** (assurance, adresse, situation familiale) qui pourrait intervenir au cours du traitement orthodontique.

**LE PATIENT :**

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
CP : Ville :  
Téléphone portable : Téléphone fixe :  
Mail :

Dentiste Traitant :

**REPRESENTANTS LEGAUX POUR LES ENFANTS (si autre lien de parenté, merci de préciser)**

**PERE** Nom : Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)  
Profession :

**MERE** Nom : Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)  
Profession :

	Adresse mail	Téléphone Mobile	Téléphone fixe	Téléphone pro
<b><u>PERE</u></b>				
<b><u>MERE</u></b>				

**ASSURANCE PRINCIPALE :**

**Nom et prénom de l'assuré principal (papa ou maman) :**

De quel organisme dépend-il ? Rayez les mentions inutiles :

CPAM, RSI, MSA, RAM, MGEN, CNMSS, MNH, CMU frontaliers  
Etes-vous bénéficiaire de l'ACS ? (Aide à la complémentaire santé) OUI-NON  
Etes-vous bénéficiaire de la CMU complémentaire ? OUI-NON  
N° Sécurité sociale :

Assurance complémentaire :

**Informations médicales concernant le patient :**

- A-t-il des problèmes de santé particuliers (allergies.) ? -A-t-il subi une ablation des végétations et /ou amygdales ?  
Si oui, lesquels :  
- Suit-il un traitement médicamenteux ?  
Si oui, lequel :

**A-t-il déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ? Chez quel Orthodontiste ? Quand ? Combien de semestres utilisés ?**

**Comment avez-vous connu notre cabinet :**

Fait à St Genis, le  
Signature