

**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      Sensibilités      Saignements
- ☐ Problème dentaire

Si douleur ou autre :      ☐ 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 fond 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