

**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