



la dentisterie
— de Monnoir —

OUVERTURE DE VOTRE DOSSIER

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : ___/___/___ Sexe : Féminin / Masculin Langue : _____
Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ poste : _____
Tél. cellulaire : _____ Courriel : _____
Employeur : _____ Occupation : _____
Vos disponibilités habituelles pour les rendez-vous dentaires? _____
d'ass. Maladie (RAMQ): _____ Date d'expiration : ___/___
Assurances dentaires? Oui / Non
Si oui, quelle compagnie? _____ Titulaire de la police : _____
Date de naissance du titulaire: ___/___/___ # de police : _____ # de certificat : _____
Nom du conjoint : _____ Tél. bureau ou cell. (urgence) : _____
Par quel moyen avez-vous été référé à notre clinique? _____

HISTOIRE DENTAIRE

Votre dernière visite chez le dentiste remonte à quand ? _____
Quel est le nom de votre dentiste précédent? _____
Quels soins avez-vous reçu à ce moment? _____
Qu'est-ce que vous aimiez chez votre ancien dentiste? _____
Quel est le but exact de votre visite aujourd'hui? _____
Est-ce que vous êtes satisfaits de l'apparence de vos dents? _____
Mauvaises expériences chez le dentiste par le passé ? _____
Sur une échelle de 1 à 10, vous jugez votre crainte envers les traitements dentaires à combien ?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE HISTOIRE DENTAIRE (suite)

Cocher les éléments qui s'appliquent

- Je crois que je porterai une prothèse complète un jour.
- J'ai déjà eu des traitements contre les maladies des gencives (curetage, greffe etc...)
- Je souffre de la mauvaise haleine
- Parfois les aliments se coincent entre mes dents
- Mes gencives saignent, sont sensibles et irritées.
- J'ai des dents qui bougent ou qui se sont déplacées
- Mes dents sont sensibles au chaud, froid, à l'air, au sucre ou en mastiquant.
- Il m'arrive de grincer des dents
- Mes mâchoires sont sensibles au lever
- J'ai des maux de tête et d'oreilles fréquents et de la douleur au cou.
- J'ai déjà perdu des dents
- Mes dents manquantes ont été remplacées
- J'ai encore mes dents de sagesse
- J'ai déjà porté des broches
- J'ai déjà eu un traitement de canal
- J'ai déjà eu un blanchiment dentaire
- J'utilise la soie dentaire régulièrement (1 fois par jour)
- J'ai besoin qu'on m'informe sur les bonnes techniques d'hygiène dentaire

Politique à être respectée afin de nous permettre d'offrir un service optimal.

Avis de 48 hrs pour annuler ou déplacer un rendez-vous réservé afin d'éviter des frais.

Seulement les patients ayant un rendez-vous ont accès aux salles de traitements.

Aucune circulation non-justifiée n'est tolérée près des salles de traitements.

Signature du patient : _____ Date : _____