

Questionnaire médical

Dr Christophe Weill www.dentistes-occlusodontistes.fr

* * * * *
* * * * *
* * * * *
* * * * *
* * * * *

Prénom :

Nom :

Profession :

Date de Naissance :

Adresse :
Date du dernier contrôle dentaire :
Date de cette 1ère consultation :
Comment avez-vous connu le cabinet ?

Ville	CP
Tél :	
Qui vous a recommandé cette consultation ?	
Quel est le motif principal de cette consultation ?	
☐ 2eme Avis ☐ Conseil ☐ Traitement	
Nom du médecin traitant :	
Ville :	

- ☐ Je sousigné.e confirme avoir été informé.e du coût de la consultation occlusale soit 170 euros, non pris en charge par la CPAM
- ☐ Je comprends que mon praticien ne peut me fournir de feuille de soin (article L162-4 du code de la Sécurité Sociale)
Je recevrai une note d'honoraires pour un éventuel remboursement par ma Mutuelle si mon contrat le prévoit
- ☐ J'ai compris que cette consultation avait un objectif de diagnostic en vue de l'établissement d'un plan de traitement
- Date et signature du patient :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (pour répondre merci de cocher ou d'entourer la mention utile)

☐ Je ressens des gênes aux articulations de la mâchoire (souvent = plus d'une fois par semaine)

Droite Gauche

☐ des limitations à l'ouverture	parfois	souvent
☐ des limitations à la fermeture	parfois	souvent
☐ des blocages ?	parfois	souvent
☐ des claquements/craquements ?	parfois	souvent
☐ des douleurs	parfois	souvent
☐ une déviation	parfois	souvent
☐ J'ai tendance à serrer les mâchoires	parfois	souvent
☐ J'ai tendance à grincer des dents	parfois	souvent
☐ J'ai la bouche sèche au réveil	parfois	souvent
☐ J'ai tendance à ronfler	parfois	souvent
☐ Je me sens fatigué.e le matin	parfois	souvent

☐ Céphalées, douleurs aux tempes, visage	parfois	souvent
☐ Acouphènes	parfois	souvent
☐ Troubles oculaires de convergence	parfois	souvent
☐ Affections nez/gorge/oreilles	parfois	souvent
☐ Troubles digestifs	parfois	souvent
☐ Affections Gynéco/organes génitaux	parfois	souvent
☐ Je suis sujet.e aux vertiges	parfois	souvent
☐ Je porte des semelles orthopédiques		

☐ Je suis touché.e par une maladie ou trouble chronique... merci de préciser

☐ Je ne suis pas à l'aise pour mâcher	Dte	Ghe
☐ géné.e par des contacts trop "épais"	Dte	Ghe
☐ manque de contacts entre mes dents	Dte	Ghe
☐ mes dents ne sont pas bien positionnées		
☐ J'ai eu un traitement orthodontique		
☐ Si oui, à quel âge ?		
☐ Je porte encore une contention ortho	Haut	Bas
☐ J'ai eu des extractions dentaires	Dte	Ghe
☐ Mes dents de sagesse. Si oui, quand ?		
☐ D'autres dents. Si oui, quand ?		
☐ J'ai des agénésies (dents non formées)		

☐ tensions/douleurs au niveau du crâne	Dte	Ghe
☐ tensions/douleurs à la mâchoire	Dte	Ghe
☐ au niveau des cervicales	Dte	Ghe
☐ au niveau des épaules	Dte	Ghe
☐ dans le dos	Dte	Ghe
☐ bassin/hanches	Dte	Ghe
☐ genoux	Dte	Ghe
☐ pieds	Dte	Ghe

Tourner la page >>>

☐ Je prends des médicaments en traitement régulier Si oui lesquels ?
--

Au cours des 4 dernières semaines, j'ai pris :		
☐ des anti-inflammatoires		
☐ des antalgiques		
☐ des antidépresseurs / des anxiolytiques		

☐ Je suis intolérant.e à certaines substances. Si oui lesquelles ?
--

☐ Êtes-vous fumeur ?	Parfois	Souvent
☐ Autres addictions ?		

☐ Je suis sujet.e au stress. si oui pouvez vous préciser ?

Thérapies utilisées / thérapeutes visités Merci d'indiquer les spécialistes/thérapeutes consultés, ainsi que la fréquence des visites
Antécédents traumatiques /hospitalisation...
Autres évènements importants

NB : Le questionnaire médical doit être réactualisé. Si votre état de santé venait à changer merci de le signaler

Nous permettez-vous de vous adresser électroniquement : ordonnances, factures, rappels...	OUI	NON
par email, merci de nous indiquer lisiblement votre adresse électronique :		
par sms, merci de nous indiquer à quel numéro :		

Date et signature du patient :
