
CABINET D'ORTHODONTIE
1 rue Pierre Renaudel 33400 TALENCE
05 57 96 75 70

Dr Thomas CARAT

*Spécialiste qualifié en
Orthopédie Dento-Faciale*

*Docteur en chirurgie-dentaire
Certificat d'Etudes Cliniques Spé Mention Orthodontie
Certificat d'Etudes Supérieures en ODF
DU d'imagerie ORL et maxillo-faciale*

*Ancien Assistant hospitalo-universitaire
Attaché à la faculté d'Odontologie Bx II
Membre titulaire du Collège Européen d'Orthodontie*

Vous venez pour la première fois dans notre cabinet d'orthodontie.
Afin de mieux vous connaître, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire.
Ces informations resteront totalement confidentielles.
Vous devez nous signaler tout changement ultérieurement.

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Email :

N° d'assuré social :

Nom et Prénom de l'assuré :

Bénéficiez-vous de la CMU ? Oui ☐ Non ☐

Profession (des parents si patient mineur) :

Quel est votre chirurgien dentiste ?

Votre médecin ?

Avez-vous des problèmes de santé :

- Cardiaques (prothèse valvulaire, souffle, rhumatisme articulaire aigu ...) Oui ☐ Non ☐
- ORL (otites à répétition, opération des végétations, amygdales ...) Oui ☐ Non ☐
- Ronflements nocturnes Oui ☐ Non ☐
- Allergies (acariens, pollen, latex, nickel ...) Oui ☐ Non ☐
- Prenez-vous actuellement des médicaments, lesquels ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des douleurs, des claquements au niveau des articulations
des mâchoires (ATM), en avant des oreilles ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement d'orthodontie ?

Oui ☐ Non ☐

A quel âge, de quelle durée, chez quel praticien ?

Sucez-vous le pouce, une tétine ... actuellement

Oui ☐ Non ☐

par le passé, jusqu'à quel âge ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous êtes scolarisé(e), en quelle classe êtes-vous ?

Avez-vous des activités extra-scolaires (sport, musique...) ?

Fait le

Signature (du parent si patient mineur)