

PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse privée : Tél :

NPA et localité : Fax :

Portable : Adresse email :

Profession :

Souhaitez-vous recevoir un rappel pour votre rendez-vous ? Si oui, veuillez indiquer : SMS email

RECOMMANDE PAR :

MEDECIN, DENTISTE ET ASSURANCE :

Nom et coordonnées de votre médecin généraliste :

.....

Nom et coordonnées de votre médecin-dentiste:

.....

Avez-vous une assurance qui prend en charge des soins orthodontiques ? oui non

Etes-vous au bénéfice des services sociaux/des PC ? oui non

Afin de nous permettre de mieux répondre à vos attentes, les renseignements suivants pourraient nous être utiles :

La/les raisons de votre visite (entourer ce qui convient) ?

Apparence dentaire Apparence faciale Correction de l'occlusion Apnées du sommeil

Douleurs articulaires Douleurs musculaires Autre :

Concernant votre état de santé général :

Oui Non

Etes-vous actuellement en bonne santé ? Si non, pourquoi :

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels :

Avez-vous un souffle cardiaque ? Autres malformations au cœur/aux valves ?

Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, lesquelles :

Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour : Depuis combien d'années :

Ou utilisez-vous une cigarette électronique ? Depuis combien d'années :

Réveillez-vous à court de souffle pendant la nuit ?

Souffrez-vous de ronflements ?

Souffrez-vous de somnolence pendant la journée ?

Avez-vous eu des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles et quand :

.....

Pour les femmes:

Oui Non

Prenez-vous des moyens de contraception oraux?

Etes-vous / pourriez-vous être enceinte?

QU'ATTENDEZ-VOUS DE VOTRE TRAITEMENT ?

Nos patients viennent consulter principalement pour changer leur apparence dentaire et/ou leur apparence faciale. Afin de mieux comprendre quelles sont vos attentes, merci de bien vouloir consacrer un peu de temps à remplir ce formulaire.

De quelle façon souhaitez-vous modifier votre apparence dentaire?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aligner les dents de devant | <input type="checkbox"/> supérieures | <input type="checkbox"/> inférieures |
| <input type="checkbox"/> Aligner les dents du fond | <input type="checkbox"/> supérieures | <input type="checkbox"/> inférieures |
| <input type="checkbox"/> Rendre les dents de devant | <input type="checkbox"/> plus longues | <input type="checkbox"/> plus courtes |
| <input type="checkbox"/> Déplacer les dents supérieures | <input type="checkbox"/> en avant | <input type="checkbox"/> en arrière |
| <input type="checkbox"/> Déplacer les dents inférieures | <input type="checkbox"/> en avant | <input type="checkbox"/> en arrière |
| <input type="checkbox"/> Rendre la ligne du sourire plus droite | | |
| <input type="checkbox"/> Déplacer le milieu des dents supérieures | <input type="checkbox"/> vers la droite | <input type="checkbox"/> vers la gauche |
| <input type="checkbox"/> Déplacer le milieu des dents inférieures | <input type="checkbox"/> vers la droite | <input type="checkbox"/> vers la gauche |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

De quelle façon souhaitez-vous modifier votre apparence faciale?

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rendre la forme générale du visage | <input type="checkbox"/> plus étroite | <input type="checkbox"/> plus large |
| <input type="checkbox"/> Diminuer la projection du nez vers l'avant | | |
| <input type="checkbox"/> Déplacer la lèvre supérieure | <input type="checkbox"/> en avant | <input type="checkbox"/> en arrière |
| <input type="checkbox"/> Déplacer la lèvre inférieure | <input type="checkbox"/> en avant | <input type="checkbox"/> en arrière |
| <input type="checkbox"/> Lorsque les dents se touchent, réduire le pli sous la lèvre inférieure | | |
| <input type="checkbox"/> Lors du sourire, laisser voir les dents | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> moins |
| <input type="checkbox"/> Lors du sourire, laisser voir les gencives | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> moins |
| <input type="checkbox"/> Réduire le « double menton » | | |
| <input type="checkbox"/> Déplacer le menton | <input type="checkbox"/> en avant | <input type="checkbox"/> en arrière |
| <input type="checkbox"/> Centrer le menton par rapport au milieu du visage | | |
| <input type="checkbox"/> Lorsque les dents se touchent, réduire la tension dans les lèvres | | |
| <input type="checkbox"/> Lorsque les dents se touchent, réduire la tension dans le menton | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Quelles autres informations seraient utiles dans l'évaluation de votre cas?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATE : NOM ET PRENOM :

SIGNATURE :

Merci de bien vouloir nous transmettre ce formulaire avant votre prochain rendez-vous par fax (021/323.59.64), par email (cabinet.ortho@bluewin.ch), ou par courrier à Dr S. Olsburgh, Avenue Mon-Repos 14, 1005 Lausanne