

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Docteur RITTER et son Equipe

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?

Oui Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?

Oui Non

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?

Oui Non

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?

Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....
.....
.....

DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....
.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....
.....
.....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

Comment avez-vous connu le cabinet ?

.....
.....

Autres remarques utiles :

.....
.....

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Ville, le / /

Signature du patient (ou tuteur légal)

Signature du praticien