

Nom de votre mutuelle :

HISTORIQUE MEDICAL	
--------------------	--

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui ☐ Non ☐

HISTORIQUE DENTAIRE et IMPLANTAIRE

Nom de votre dentiste traitant :
A quand remonte votre dernier examen dentaire ?.....
Quel est le motif de votre consultation ?.....

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui ☐ Non ☐
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, par : ☐ Chirurgie ☐ Médicaments ☐ Détartrage

IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui ☐ Non ☐
Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? Oui ☐ Non ☐
Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? Oui ☐ Non ☐

Si vous portez un appareil :

Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous souriez ? Oui ☐ Non ☐
Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? Oui ☐ Non ☐

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

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.

PAU, le / /

SIGNATURE :