

NOM du patient

Prénom du patient

Date de naissance

Âge

Sexe M F

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Email

Profession

Nom de la Mutuelle

Numéro d'Adhérent

Nom du Responsable

Adressé par: un dentiste un ami un médecin Internet

Nom du dentiste traitant

Troubles de santé divers :

Allergies oui non

Si oui précisez lesquelles :

Prenez-vous des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels :

Autres maladies :

Je m'engage à informer le cabinet Orthodoncia Tournai de tout changement de mon état de santé intervenant après la rédaction de ce questionnaire.

Fait à

le

Signature