



Orthodontie Olivier Orthlieb
Gardanne
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Comment avez-vous eu nos coordonnées : ☐ Dentiste ☐ Connaissance ☐ Annuaire ☐ Autre

Chirurgien dentiste traitant :

Profession de l'assuré : Mutuelle :

Motif de la consultation

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

Antécédents de traitement orthodontique

☐ Non ☐ Oui

Semestres utilisés :

Praticien :

Allergies

☐ Médicaments ☐ Métaux (nickel...) ☐ Latex ☐ Pollens
☐ Autres

Troubles orl

☐ Rhume ☐ Bronchites ☐ Asthme ☐ Sinusites
☐ Angine ☐ Otites ☐ Ronflements ☐ Cerne
☐ Respiration bouche ouverte
☐ Difficultés respiratoires ☐ Apnées du sommeil
☐ Réveil bouche sèche ☐ Fatigue diurne
☐ Interventions ☐ Amygdales ☐ Végétations
☐ Paracentèse (drains)

Troubles de la posture

☐ Scoliose ☐ Douleurs cervicales
☐ Douleurs lombaires ☐ Autre

Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire

☐ Bruit, claquement ☐ Sensation de blocage
☐ Douleurs, Maux de tête ☐ Migraines
☐ Grincement, serrement de dents
☐ Bourdonnement dans les oreilles
☐ Bruit au niveau des autres articulations

Pathologies générales

Le Patient présente ou a présenté :

☐ Troubles de la croissance ☐ Troubles hormonaux
☐ Maladie chronique ou ALD ☐ Diabète
☐ Troubles alimentaires ☐ Maladie virale
☐ Troubles neurologiques ☐ Epilepsie
☐ Rhumatisme articulaire aigu ☐ Pathologie cardiaque
☐ Pulmonaire ☐ Rénale ☐ Trouble de coagulation

Interventions sous ag

☐ Dents ☐ Autre

Actuellement le patient prend-il des médicaments ?

☐ Oui ☐ Non

Pour quelle raison :

Consulte-t-il :

☐ Orthophoniste ☐ ORL ☐ Pneumologue
☐ Spécialiste des troubles posturaux ☐ Ostéopathe

Un chirurgien dentiste pour

☐ Soins ☐ Dents extraites ☐ Prothèses ☐ Implants
☐ Interventions des gencives ☐ Greffes

Traumatisme ou antécédents

☐ Facial ☐ Cervical ☐ Dentaire ☐ Autre

Succion ou antécédents

☐ Doigt ☐ Tétine ☐ Lèvre ☐ Langue ☐ Stylo ☐ Objet
☐ Ronge les ongles

Hygiène bucco-dentaire

☐ Saignements de gencives au brossage
☐ Douleurs à la mastication, dents sensibles au froid,
au chaud

Avez-vous l'impression que vos dents se sont récemment déplacées ?

☐ Non ☐ Oui depuis quand :

Avez-vous subi un meulage d'une ou plusieurs dents :

☐ Non ☐ Oui

Autres problème à signaler

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

Signature :