Docteur Soizic CHERUY-MARTIN

Orthodontie Enfants – Adultes

Spécialiste qualifié en Orthopédie dento-faciale

D. U. d'orthodontie linguale Lyon I

QUESTIONNAIRE NOUVEAU PATIENT - ADULTES

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire afin de compléter au mieux votre dossier.

LE PATIENT

Nom : Date de naissance :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Adresse mail :

Tél :

Dentiste traitant :

Profession :

ASSURANCE PRINCIPALE (PUBLIQUE OU PRIVEE)

Etes-vous assuré à la sécurité sociale : □ oui □ non

Si oui : De quel organisme dépendez-vous ?

N° Sécurité sociale :

Si non : Nom de votre assurance :

INFORMATIONS MEDICALES

Avez-vous des Allergies :

Suivez-vous un Traitement médicaux :

Avez-vous des problèmes de santé :

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement orthodontique ?

Si oui merci de préciser où, quand et combien de semestre ont été utilisés :

Comment avez-vous connu notre cabinet : □ Votre dentiste □ Ami/collègue □ internet

Fait à Ferney-Voltaire, Le
Signature

----------5 avenue des Sablonnières, Les Florentines, 01210 FERNEY VOLTAIRE----------
Tél. +33 4 50 42 88 44 Mail : dr.soizic.cheruy-martin@orange.fr
Membre d'une Association de Gestion Agrée