Docteur Soizic CHERUY-MARTIN
Orthodontie Enfants – Adultes
Spécialiste qualifié en Orthopédie dento-faciale
D. U. d'orthodontie linguale Lyon I

QUESTIONNAIRE NOUVEAU PATIENT – ENFANTS

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

LE PATIENT

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :

Date de naissance :
Dentiste traitant :

REPRESENTANTS LEGAUX (si autre lien de parenté, merci de préciser)

Nom et prénom de la mère :
Date de naissance :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Profession :

Adresse mail :

Tél :

Nom et prénom du père :
Date de naissance :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Profession :

Adresse mail :

Tél :

ASSURANCE PRINCIPALE (PUBLIQUE OU PRIVEE)

Le bénéficiaire du traitement est-il assuré à la sécurité sociale : □ oui □ non
Si oui : De quel organisme dépend-il ?
N° Sécurité sociale :

Si non : Nom de votre assurance :

Nom et prénom de l'assuré principal :

INFORMATIONS MEDICALES CONCERNANT LE PATIENT

Allergies :
Traitements médicaux :
Problèmes de santé :
A-t-il 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