

# Questionnaire dentaire

Si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, **VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES.**

Prénom 



  
 Nom 



  
 Date de naissance 



 / 



 /

**1. Des soins dentaires (bridges, couronnes, inlays, onlays, implants, etc.) sont-ils actuellement administrés ou ont-ils été recommandés ?** Oui  Non

Si oui, veuillez préciser







Les coûts prévus (y compris la devise)



*Veillez joindre une estimation des coûts/un plan de traitement.*

**2. Souffrez-vous de parodontite (problème important de la gencive et des structures de soutien des dents) ?** Oui  Non

Si oui, veuillez préciser







Informations sur le traitement en cours







Informations sur le traitement prévu







Les coûts prévus (y compris la devise)



*Veillez joindre une estimation des coûts/un plan de traitement.*

### 3. Tableau dentaire

Veuillez remplir le tableau dentaire suivant en utilisant les abréviations ci-dessous. Veuillez noter que la première dent frontale située sur la mâchoire supérieure gauche porte le numéro 21, le numéro 22 correspond à la dent située à gauche de celle-ci.

#### Abréviations

Situation actuelle :

- d = dent manquante      b = bridge
- ce = comblement d'un espace      i = implant
- c = couronne      in = inlay
- p = plombage      on = onlay

Traitement / procédure prévu(e) :

- I = Implant      B = Bridge
- C = Couronne      S = Support element
- T = Couronne télescopique      IN = Inlay
- ON = Onlay      M = Couronne métal-céramique

	Droite								Gauche								
Date du traitement (MM/AA)																	Date du traitement (MM/AA)
Traitement prévu																	Traitement prévu
Situation actuelle																	Situation actuelle
Mâchoire supérieure	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Mâchoire supérieure
Mâchoire inférieure	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Mâchoire inférieure
Situation actuelle																	Situation actuelle
Traitement prévu																	Traitement prévu
Date du traitement (MM/AA)																	Date du traitement (MM/AA)

#### Exemple

Si vous avez une couronne, veuillez inscrire un « c » dans la ligne « Situation actuelle » au-dessus ou au-dessous du numéro de la dent. Si un implant dentaire est prévu, veuillez inscrire un « I » dans la case de la ligne « Traitement prévu » correspondant au numéro de la dent.

