

QUESTIONNAIRE MEDICO-DENTAIRE

Bénéficiaire :

Nom et prénom :

Adresse :

NPA/Ville :

Date naissance : N° AVS (NE) :

A retourner à :

Veillez avoir l'obligance de préciser si :

- votre estimatif est hors référentiel
 votre estimatif est conforme au référentiel
 le plan de traitement est établi à la demande expresse du patient

⇨ Les radiographies (éventuelles), les bite-wings et/ou les radios apicales des dents à traiter seront jointes à l'estimatif.

En outre, il faudra joindre un devis détaillé sur une feuille annexe.

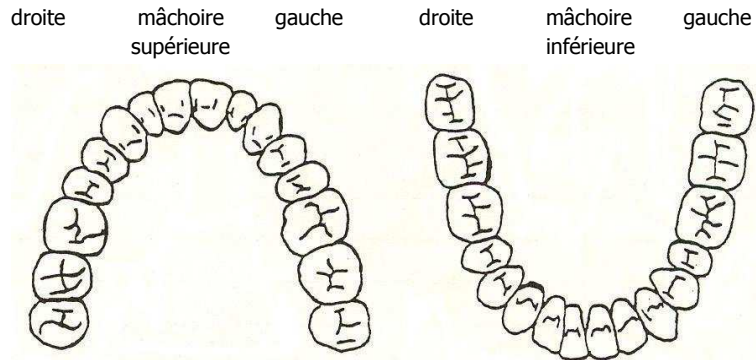
Timbre du médecin-dentiste :

Date d'expédition questionnaire :

Etat de la denture

Indiquer svp :

- Dents manquantes : X
Dents cariées : D
Dents obturées : T
Avec tt radiculaires : TR
Dents couronnées : C
Dents fracturées : F
Restes radiculaires : R

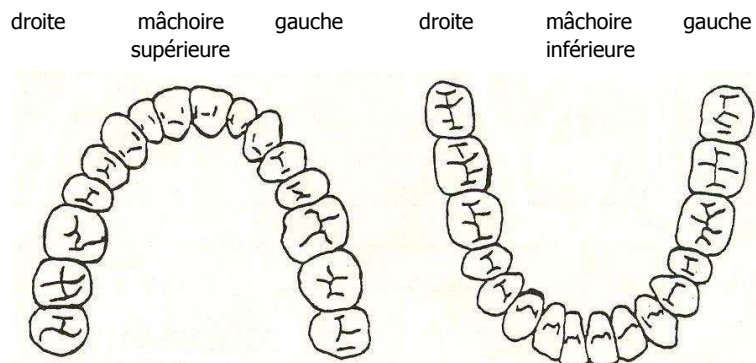


Prothèses conjointes ou adjointes existantes (description et motivations éventuelles de leur remplacement) :

- Hygiène du patient : bonne moyenne mauvaise
Etat parodontal : bon moyen mauvais
Degré de motivation : élevé moyen faible

Schéma descriptif

(à remplir si un traitement prothétique est envisagé)



./voir au verso

