

Questionnaire dentaire

Quelle est la raison de votre consultation ?

Contrôle / prophylaxie :	Information / conseils / bilan global	Fonctionnel	Douleurs
Occlusal/ Bruxisme	Céphalées (maux de tête)	Articulaire	Orthodontie
Parodontal	Déchaussement	Saignement	Détartrage
Dent(s) absente(s)	Mobilité(s) dentaire(s)	Implantologie	Prothèse
Halitose (problème d'haleine)	Ronflement / Fatigue au réveil	Esthétique	Fracture(s)

Date de votre dernière séance chez un dentiste ?

Au cours de vos précédentes visites chez un dentiste avez-vous connu des difficultés particulières ?

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles ?

Antécédents dentaires :

Avez-vous des dents **absentes** ?

- Oui
 Non

Avez-vous reçu un traitement **orthodontique** ?

- Oui
 Non

Avez-vous reçu des **traitements parodontaux** (pour les gencives) ?

- Oui
 Non

Avez-vous des prothèses amovibles (appareils dentaires) ?

- Oui
 Non

Parmi les prothèses **fixes** suivantes lesquelles portez-vous ?

- Couronne, Onlay ou Inlay Bridge Implant

Dans la liste suivante, cochez les items qui vous concernent actuellement ou qui vous ont concerné :

- Sucrer son pouce Se mordre la joue, la langue ou la lèvre
 Se ronger les ongles Jouer d'un instrument musical à vent
 Croquer des noisettes, des glaçons Mordiller un crayon, des lunettes

Situation actuelle :

Avez-vous un espace entre certaines de vos dents ?

- Oui
 Non

Vos gencives saignent-elles ?

- Oui
 Non

Si oui, à quel moment ?

- Spontanément Après manger Après le brossage

Vos dents sont-elles sensibles ?

- Au chaud Au froid Au sucre Aux acides A la mastication ?

Grincez-vous des dents ?

- Oui
 Non

Vous arrive-t-il d'entendre des craquements, des claquements ou de ressentir des douleurs en ouvrant la mâchoire ?

- Oui
 Non

Comment supportez-vous vos prothèses actuelles ?

Avez-vous des difficultés pour digérer certains aliments ?

- Oui
 Non

Mâchez-vous d'avantage d'un côté plutôt que de l'autre ?

- Oui
 Non

Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches ou plus uniformes ?

- Oui
 Non

L'apparence de vos dents et de vos gencives vous convient-elle ?

- Oui
 Non

Vous arrive-t-il de masquer votre sourire avec la main ?

- Oui
 Non

En priorité, qu'aimeriez-vous changer dans votre sourire ?

Utilisez-vous un fil de soie dentaire ou des brossettes inter-dentaires ? Oui Non

Utilisez-vous une brosse à dents ? Dure Moyenne
Souple ?

Quand vous brossez-vous les dents Matin Midi
Soir ?

A quelle fréquence changez-vous de brosse à dents ?

Idéalement, qu'aimeriez-vous améliorer dans votre bouche ?

Etes-vous inquiet à l'idée de vous faire soigner ?

Jamais Rarement Fréquemment Constamment

Ville, le / /

Signature

Souhaitez-vous être contacté pour vos rendez-vous de contrôle par e-mail ? Oui Non
Comment avez-vous connu notre cabinet dentaire ?

Merci du soin avec lequel vous avez bien voulu répondre à ce questionnaire.