

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE 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](#)

Veillez remplir le tableau dentaire suivant en utilisant les abréviations ci-dessous. Veillez 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
 ce = comblement d'un espace
 C = Couronne
 p = plombage

b = bridge
 I = implant
 in = inlay
 on = onlay

Traitement / procédure prévu(e) :

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

Tableau dentaire																		
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.

