



Historique médical et dentaire de votre enfant

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui Non
Trouble cardiaque
Diabète
Asthme
Autre : _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) : _____

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) : _____

Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? Oui Non
Si oui, lesquelles ? : _____

Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ? Oui Non
Quand ? _____
Quoi ? _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui Non
Si oui, de quoi ? _____

Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés ? Oui Non
Oui Non
Votre enfant a-t-il déjà été chez le dentiste ? Oui Non
Comment cela s'est-il passé ?

Votre enfant prend-t-il le pouce ou une tétine Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà consulté un orthodontiste ? Oui Non

Qui brosse les dents de votre enfant ? _____
A quelle fréquence ? _____
Avec quel dentifrice ? _____

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Nous sommes à votre disposition si vous avez des questions.

Si vous souhaitez préparer la consultation de votre enfant nous avons quelques conseils sur notre site web www.dentistegoffinet.com

L'équipe de la Clinique Dentaire Du Douaire