

FORMULAIRE D'ANAMNÈSE POUR ENFANTS & ADOLESCENTS

Chers parents, chère patiente, cher patient,

Bienvenue dans notre cabinet ! Pour un examen approfondi, nous avons besoin de réponses exactes à ce questionnaire. Bien entendu, ces données sont soumises au secret médical et seront traitées confidentiellement. Merci !

Nom, Prénom du (de la) patient(e) :

Né(e) le : Sexe : ☐ F ☐ M

Rue : Code postal : Ville :

Téléphone : GSM : Email :

Taille actuelle : Poids actuel :

Taille de la mère : Taille du père :

Nom et prénom de l'assuré(e) principal(e) :

Né(e) le : Sexe : ☐ F ☐ M

Rue : Code postal : Ville :

Téléphone : GSM : Email :

Profession :

Si l'assuré(e) principal(e) n'est pas le titulaire de l'autorité parentale, complétez les données suivantes

Nom et prénom du tuteur légal :

Né(e) le : Sexe : ☐ F ☐ M

Rue : Code postal : Ville :

Téléphone : GSM : Email :

Profession :

Qui est destinataire des notes d'honoraires ? ☐ Assuré principal ☐ Tuteur légal

Assurance maladie du patient

Mutuelle : ☐ Assurance complémentaire : ; début contrat

Assurance privée/autre + début contrat + conditions :

Intervention de l'employeur : Frontalier (pays) :

Aide du CPAS : Autre intervention :

Nom du dentiste traitant : adresse :

Email dentist(e) :



Est-ce que des radiographies dentaires ont été prises récemment ? (max 2 ans)

☐ Non ☐ Oui

Qu'est-ce qui a attiré votre attention sur nous ?

☐ Dentiste

☐ Autre médecin

☐ Famille / Amis / Connaissance

☐ Internet ☐ facebook ☐ instagram

☐ Pages Jaunes

☐ Plaque du cabinet

☐ Autre, veuillez préciser s.v.p. :

Votre enfant a-t-il déjà suivi un traitement orthodontique ? ☐ Non ☐ Oui Où ?

Votre enfant est-il actuellement en traitement orthodontique ? ☐ Non ☐ Oui Où ?

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de conseils orthodontiques ? ☐ Non ☐ Oui Quand ? Où ?

Ses frères et sœurs, suivent-ils déjà un traitement orthodontique ? ☐ Non ☐ Oui Où ?

Si oui, quel est le nom du frère ou de la sœur :

Votre enfant souffre-t-il d'une des maladies suivantes ?

☐ Maladies cardio-vasculaires

☐ Rhumatisme/polyarthrite

☐ Maladies rénales

☐ Diabète

☐ Maladies infectieuses

☐ Refroidissements/grippe

☐ Épilepsie

☐ Maladies sanguines

☐ Hépatite

☐ Maladies gastro-intestinales

☐ Maladies du système respiratoire

☐ Allergies (asthme / rhume des foins / médicamenteuses) Lesquelles ?

☐ Antécédents chirurgicaux Lesquels ?

☐ Autres maladies, dysbioses ou handicaps physiques ou psychiques :

.....





Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, lesquels ?

Votre enfant a-t-il eu des accidents impliquant des dents ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, quand ?

Votre enfant fait-il grincer ses dents durant la nuit ? ☐ Non ☐ Oui

Votre enfant a-t-il un trouble du langage ou un défaut de prononciation ? ☐ Non ☐ Oui

A-t-il suivi un traitement logopédique ? ☐ Non ☐ Oui Quand ? Où ?

Votre enfant a-t-il sucé un doigt, un pouce, une tétine ou autre chose ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, quoi ? ☐ Pouce ☐ Tétine ☐ Autre

Pourquoi souhaitez-vous un traitement orthodontique ?

.....
.....

Veillez nous informer immédiatement de tout changement d'adresse ou d'autres données ! Avec ma signature, je confirme l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies

☐ **Déclaration de consentement aux radiographies:** Je déclare par la présente que je consens à la prise de documents radiographiques et photos sur ma personne nécessaires dans le cadre du traitement orthodontique.

☐ **Droits d'utilisation :** Par la présente, je donne mon accord pour que les photos et les radiographies réalisées par mes soins soient utilisées dans le cadre de conférences/publications scientifiques ainsi que pour les relations publiques (site Internet, médias sociaux,...) du cabinet iSmile.

☐ **Détail du Traitement des données finalités,** base juridique, secret médical, stockage interne et externe et sa durée, sécurité, destinataires, droits du patient et ses recours, fourniture nécessaire d'informations par le/la patient(e), voir site internet sous l'onglet RGPD.

Toutes les données échangées avec votre dentiste sont soumises à un droit à la protection de la vie privée conformément à la loi du 30/07/2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Lieu

Date

Signature du (de la) patient(e)/ parents ou tuteur légal

