

Le PATIENT (Adulte) :

Nom : **Prénom**

.....

Date de naissance :...../...../.....

Taille :..... Poids

.....

Profession :

Adresse :

.....
.....

Numéro téléphone mobile : fixe :

.....

Email :

.....
.....

N°sécu :

Mutuelle :

.....

Adresse Sécurité Sociale :

.....

CMU : OUI NON

Avez-vous été adressé(e) chez nous par un Praticien (dentiste, médecin)? OUI NON

Si OUI, nom du

Praticien.....

Nom du dentiste

traitant.....

Nom du médecin

traitant.....

Etes-vous adressé par un patient ? OUI NON

Avez-vous trouvé notre adresse dans l'annuaire, internet ? OUI NON

Motif de la Consultation :

.....

Quel bénéfice attendez-vous du traitement ?.....

.....

.....

Activité sportive ou artistique (musique, dessin..) pratiquée par le Patient :

.....

HISTORIQUE MEDICAL

A quand remonte la dernière visite chez le dentiste ?.....

Lors des dernières visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? OUI NON

Si oui, lesquelles

?.....

....

A quelle fréquence brossez-vous les dents

?.....



COMMENT DORMEZ- VOUS ?

Endormissement difficile ou retardé ?..... OUI
NON

{ Ronflement fréquent et/ ou important ?
OUI NON
Sonorité sur une échelle de 1 à
5.....

Respiration bruyante ?
OUI NON

Dort bouche ouverte / bouche sèche le matin ? OUI
NON

Agitation nocturne ?..... OUI
NON

Bruxisme ?..... OUI
NON

Somniloquie ? Somnambulisme ? OUI
NON

Transpiration nocturne? OUI
NON

Céphalées matinales ?..... OUI
NON

Troubles Concentration /Attention / Vigilance ?..... OUI
NON

**J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document.
Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales du patient.**

Fait à.....date...../...../.....
Patient(e)

Signature du / de la

Protection des données personnelles

*Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 – dit « RGPD » (Règlement européen – UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés – dite « Loi informatique & Libertés » modifiée par une loi du 20 juin 2018, vous avez un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'effacement, de portabilité de vos données personnelles ou d'opposition pour motif légitime sous certaines conditions. Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement à votre Orthodontiste par voie électronique : RGPD.lapouyade@gmail.com ou par voie postale en écrivant à : Cabinet du Docteur Véronique LAPOUYADE – Responsable de la Protection des Données – Le Clos Saint Marc – Bâtiment D – Route de Marseille – 83330 LE BEAUSSET.
En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) d'une réclamation.*



Dr véronique LAPOUYADE

Spécialiste Qualifiée en **Orthopédie** Dento Faciale

18 rte de Marseille le Clos St Marc bât D 83330 LE BEAUSSET