

NOM DE L'ENFANT :
PRENOM :

NE(E) LE :

Dentiste traitant actuel :
Médecin traitant actuel :
Par qui êtes-vous adressé(e) :

L'enfant est-il médicalement suivi pour une raison particulière ? Laquelle ?

Maladies antérieures ou malformations : RAA, allergies (.....),
diabète, asthme, épilepsie, problèmes cardiaques, etc...

Antécédents chirurgicaux :

Est-il suivi par un ORL ? Lequel ?

Opération des végétations :

Amygdales :

A-t-il sucé un doigt ?

Lequel ?

Jusqu'à quel âge ?

Est-il suivi par une orthophoniste ? Pourquoi ?

A-t-il un trouble de la posture (scoliose, semelles orthopédiques...) ?

Autres renseignements pouvant intéresser l'orthodontiste :

Si un traitement est envisagé à l'issue de notre rencontre, quelles sont vos attentes concernant notre travail ?

NOMS et PRENOMS DES PARENTS :

ADRESSE COMPLETE:

TELEPHONE :

PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

Profession du père :

Profession de la mère :

Numéro de sécurité sociale :

Votre régime de sécurité sociale CPAM MGEN ACS CMU AUTRE :

Nom de votre mutuelle :

Signature des parents :

Charleville-Mézières, le

(Les parents divorcés sont réputés agir en accord)

La CPAM peut prendre en charge jusqu'à six semestres de traitement actif et deux années de contention.

La responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant 16 ans.