

Fiche administrative patient (adulte)

Patient	Motif de la consultation
Nom :	Nom du correspondant
Prénom :	(personne qui vous adresse au cabinet) :
Date de naissance :	
N° de registre national :	Nom du dentiste généraliste :
Sexe : ☐ M ☐ F	
Adresse :	Mutuelle (+n°) :
.....	Motif de la consultation en orthodontie :
CP : Ville :	
GSM :	
Tél. domicile :	Avez-vous déjà porté un appareil
Adresse mail :	orthodontique ?
.....	Si oui, quel(s) type(s) d'appareil(s), vers quel âge
Médicament(s) / Maladie(s) particulière(s) :	et approximativement pendant combien de
.....	temps ?
<u>Allergies / Contre-indications (par ex : latex,) :</u>	
.....	

Ce document est à compléter et à nous renvoyer par courrier ou par mail :
info@orthosmileclinic.be