

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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	Mutuelle + code (ex : mutualité chrétienne = 137) :
CP : Ville :	Motif de la consultation en orthodontie :
GSM :
Tél. domicile :
Adresse mail :	Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique ?
Médicament(s) / Maladie(s) particulière(s) :	Si oui, quel(s) type(s) d'appareil(s), vers quel âge et approximativement pendant combien de temps ?
<u>Allergies / Contre-indications (par ex : latex) :</u>