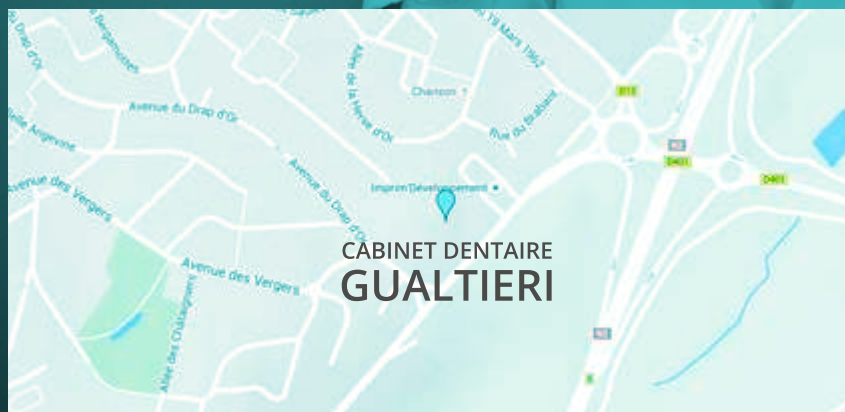


HISTORIQUE MÉDICAL & DENTAIRE



CABINET DENTAIRE
Gualtieri



CABINET DENTAIRE GUALTIERI

69 Avenue du Maréchal Leclerc
77230 Dammartin-en-Goële

01 60 03 11 70

www.cabinet-dentaire77-gualtieri.fr
contact@cabinet-dentaire77-gualtieri.fr



VOUS VENEZ DE PRENDRE RENDEZ-VOUS

Bienvenue et merci d'avoir choisi notre cabinet pour réaliser vos traitements dentaires et esthétiques. Toute notre équipe est à votre service pour vous offrir des soins de haute qualité ainsi que le meilleur accueil possible, et pour s'assurer de votre bien-être.

Comme convenu, nous aurons le plaisir de vous recevoir en rendez-vous :

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous garantir les meilleurs traitements, vous trouverez ci-joint un historique médical et dentaire confidentiel, que nous vous remercions de bien vouloir nous ramener complété le jour de votre rendez-vous.

De même, si vous avez en votre possession, des documents ou des radios qui pourraient nous être utiles, merci de les apporter avec vous.

Si vous désirez des renseignements complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au :

☎ 01 60 03 11 70

Pour accéder aux places de parking qui vous sont réservées, veuillez approcher votre véhicule du portail de la résidence afin que celui-ci s'ouvre automatiquement.

Nous vous invitons également à consulter notre site web à l'adresse suivante :

www.cabinet-dentaire77-gualtieri.fr

Dans l'attente du plaisir de vous rencontrer, nous vous adressons nos plus sincères salutations.

L'équipe de cabinet dentaire

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?

Oui Non

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?

Oui Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?

Oui Non

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?

Oui Non

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?

Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?

Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Autres remarques utiles :

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Dammartin, le / /

Signature du patient