**DOCTEUR Laure GRUNEWALD **

# Chirurgien-dentiste

# Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

**Le : …………………….**

Nom du patient : Prénom : Ecole :

N° portable du patient : Date de naissance : Classe :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Père | Mère |
| Nom / Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| N° portable |  |  |
| Profession |  |  |
| Adresse e-mail |  |  |

**Situation de famille des parents** : Célibataire Concubinage Marié(e)  Autres : ..........

Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Autorité parentale : Partagée Père Mère

**Sécurité Sociale :**

Etes-vous affilié(e) à une caisse d’assurance sociale ? Oui Non

**Si oui, laquelle ?**

CPAM DES YVELINES Autre CPAM

**Si autre caisse spéciale, laquelle ?**

 Ram Gamex RSI MSA SNCF Militaire

 Caisse étrangère RATP MGEN

 Si aucune ne correspond merci de préciser : …………………………………………………………….............

Numéro de sécurité Sociale : …………………………………………………………………………………….............

**Bénéficiez-vous d’une aide complémentaire telle que la CMU ou l’ACS ? OuiNon**

**Si oui**, merci de présenter au secrétariat votre attestation et votre carte vitale.

**Bénéficiez –vous d’une Mutuelle** ? Oui Non

Laquelle ?.............................................................................................................................................

Qui vous a adressé à mon cabinet ? Un ami  Votre Chirurgien-Dentiste Autres : .....................

Quel est le Chirurgien-Dentiste qui suit le patient ?

**Antécédent Médicaux** :

**Votre enfant, a-t-il des problèmes de santé ou allergie (médicamenteuse ou pas)**

**(Même sans rapport avec les dents) ? Oui Non Si oui lesquels : ............................................**

Prend-il actuellement des traitements ? Oui Non

Si oui lesquels : .....................................................................................................................................

A-t-il eu un choc sur les dents ? Oui Non

Si oui lesquels, quand : .........................................................................................................................

Un traitement orthodontique a-t-il déjà été entrepris ? Oui Non Si oui depuis quand ? : ................

Quel est le nom de l’orthodontiste ? : ......................... Nombre de semestre utilisés ? : .........................

Renseignements que vous jugez pouvoir m’être utiles (anxiété etc..) :

Un changement de région est–il prévu dans l’année ?Oui Non

Quels sont les sports et occupations préférés de votre enfant**:**

**Vous pouvez à tout moment changer d’avis et nous signifier votre opposition à l’utilisation de vos données personnelles**

**Je certifie exact les renseignements ci-dessous et m’engage à informer le Docteur Grunewald de tous changements liés à la santé de mon enfant**

**Signature du responsable de l’enfant :**