

Questionnaire dentaire



Nom: _____

Aimez-vous l'apparence de vos dents? Oui Non

Vous arrive-t-il de porter la main devant votre bouche lorsque vous souriez? Oui Non

Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches? Oui Non

Pourquoi venez-vous consulter aujourd'hui? _____

Avez-vous perdu des dents autres que des dents de sagesse? Oui Non

Si oui, il y a combien de temps? _____

Avez-vous une prothèse ou un partiel? Oui Non

Si oui, depuis quand l'avez-vous en bouche? _____

Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences chez le dentiste? Oui Non

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires? Oui Non

Si oui, pourquoi : _____

Avez-vous des problèmes de mauvaise haleine? Oui Non

Est-ce qu'il y a un endroit précis en bouche où les aliments restent pris? Oui Non

Est-ce que vous serrez des dents? Oui Non

Si oui, jour ____ nuit ____

Avez-vous des problèmes de mâchoire? Oui Non

Si oui, craquement ____ douleur ____

difficulté à ouvrir ____

Utilisez-vous la soie dentaire? Oui Non

À quelle fréquence? _____

Est-ce qu'on vous a déjà démontré la technique de la soie dentaire? Oui Non

Brossez-vous vos dents à tous les jours? Oui Non

Combien de fois par jour? _____

Est-ce qu'on vous a déjà montré la bonne technique de brossage? Oui Non