



QUESTIONNAIRE DENTAIRE CONFIDENTIEL

Nom et Prénom: .....
Date de naissance: .....
Date du dernier examen dentaire : .....

Voyez vous un dentiste régulièrement ?
Souffrez vous de douleurs aux dents ?
Si oui, indiquez sur une échelle de 1 à 10 l'importance de vos douleurs
Quel est le motif de votre consultation ? .....

Gencives

Vos gencives saignent elles en vous brossant les dents ?
Vos gencives sont elles rétractées par endroits?
Avez vous des sensations de brûlures sur les lèvres ou sur la langue?
Resentez vous un manque de salive?

Dents

Resentez vous des douleurs aux dents en mastiquant ?
Avez vous des douleurs au froid ou au chaud?
Avez vous des bourrages alimentaires ?
Avez vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques temps?
Avez vous des appareils dentaires mobiles
Si oui, comment les supportez vous ?

Mâchoires

Grincez vous des dents ?
Avez vous des douleurs dans les mâchoires?
Avez vous des difficultés à mâcher ?

Hygiène dentaire

Utilisez vous une brosse à dent?
Quand vous brossez vous les dents?
Utilisez vous le fil dentaire ou les brossettes interdentaires?
Croyez vous avoir mauvaise haleine ?
Etes vous satisfait de l'aspect de vos dents?

Si non : raisons .....

Et indiquez sur une échelle de 1 à 10 à quelle est votre perception de votre état dentaire .....

Avez vous d'autres choses à signaler .....

