CENTRE DENTAIRE CATHERINE LEBEAU

Questionnaire complémentaire

Nom : _____ *Prénom :* _____

Êtes-vous satisfait de votre sourire? Oui _____ Non _____
Aimez-vous vous faire photographier en souriant? Oui _____ Non _____
Aimez-vous l'apparence de vos dents? Oui _____ Non _____
Aimez-vous la couleur de vos dents? Oui _____ Non _____
Si vous avez des espaces entre vos dents, aimeriez-vous y apporter un changement? Oui _____ Non _____
Lorsque vous souriez y a-t-il des plombages apparent qui vous incommodent? Oui _____ Non _____

Qu'est-ce qui est important pour vous au sujet de vos dents?

_____

_____

Avez-vous les dents sensibles ? Oui _____ Non _____
Êtes-vous satisfait de votre haleine? Oui _____ Non _____

Pratiquez-vous un sport ou une activité ou il y a des risques importants de commotions cérébrales ou traumatismes dentaires. Si oui, lequel?

_____

_____

Avez-vous déjà eu un accident impliquant le traumatisme de une ou plusieurs dents? Si oui à quel niveau ?

_____

_____

Avez-vous une alimentation riche en sucre (boisson gazeuse, jus, chocolat…)? _____
Combien de repas et collations prenez-vous dans une journée? _____
Combien de fois par jour brossez-vous vos dents? _____
Utilisez-vous la soie dentaire, à quelle fréquence? _____
Utilisez-vous un rince-bouche? Lequel et à quelle fréquence? _____
Avez-vous une ou l'autre de ces habitudes :

Respirer par la bouche _____ Ronflement _____ Ronger les ongles _____
Mordre des objets _____ Autres _____

Si vous pouviez changer n'importe quoi à votre sourire, qu'est-ce que ce serait?

_____

_____

_____