



Centre Dentaire Schwartz & Associés

6200, Rue Saint-Denis, Montréal, QC H2R 2R7

cdschwartz@bellnet.ca

Dr. Linda E.B. Schwartz Dr. Joel S. Schwartz

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom _____ Prénom (s) _____
Adresse _____ Code postale _____
Numéro du téléphone _____ Courriel famille _____
Date de naissance JJ - MM - AAAA _____ Numéro assurance Maladie _____
Nom du père _____ Nom de la mère _____
Employeur _____ Employeur _____
Nom du médecin de l'enfant _____ Téléphone _____

HISTOIRE MEDICALE

Est-il sous les soins d'un médecin pour n'importe quel raison? Oui Non

A-t-il jamais un e maladie grave, ou
a-t-il été traité dans un hôpital ? Oui Non

Prends-t-il des médicaments? Oui Non
Si oui, lesquelles? _____

Présent t-il des allergies? Oui Non
Si oui, lesquelles _____

A-t-il jamais eu une réaction défavorable à un traitement
médicale ou dentaire? Oui Non

A-t-il jamais eu aucune des maladies suivantes:-

Rougeole Oreillons Coqueluche Scarlatine Angine Amygdalite

Diabète Épilepsie Jaunisse Tuberculose Maladie de foi Maladie des reins

Douleurs ou infections des oreilles Rhume des foins Détresse respiratoire

Maladie des poumons Enflures des chevilles Douleurs thoraciques

Problèmes cardiaques Hématomes fréquentes Maladies du sang Saignements prolongée

Rhumatisme articulaire aigu Problèmes nerveux

Opérations _____

HISTOIRE DENTAIRE

Est-ce que votre enfant a déjà eu des soins dentaires? Oui Non

Si oui, quand? _____

A-t-il déjà eu un accident, une blessure ou un chirurgie dans la bouche? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

A-t-il déjà eu une expérience désagréable lors d'une visite chez le dentiste? Oui Non

A-t-il déjà eu un traitement de prévention de carie au Fluor? Oui Non

A-t-il déjà eu un traitement orthodontique? Oui Non

A-t-il l'habitude de:-

Sucer son pouce?

Sucer un doigt?

Se mordre la lèvre?

Se mordre les ongles?

Respirer par la bouche?

Grincer les dents?

Autre? _____

Y-a-t-il dans la famille une histoire des:-

Dents surnuméraires (dents en plus)?

Oui Non

Dents manquantes?

Oui Non

Dents croches?

Oui Non

Dents espacées?

Oui Non

DATE _____ Signature du Parent _____

Signature du Dentiste _____