



*Dr Aurore Delavierre*

**ORTHODONTIE**

Orthodontiste spécialiste

Ancienne interne des hôpitaux de Strasbourg

N° RPPS : 10101738267

N° AM : 454700907

**Chers patients, chères patientes, chers parents de patients,**

**Nous vous remercions de prendre contact avec notre cabinet d'orthodontie. Afin de pouvoir préparer votre premier rendez-vous, ou celui de votre enfant, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous. Une fois rempli merci de nous le transmettre à l'adresse mail suivante : [dr.adelavierre@gmail.com](mailto:dr.adelavierre@gmail.com) .**

**Nous vous informons que pour les patient mineurs la présence d'un responsable légal est obligatoire lors du 1<sup>er</sup> rendez-vous. Les 1ers rendez-vous sont donnés en journée et sur des créneaux spécifiques. Pour les enfants et adolescents, il s'agit de créneaux sur le temps scolaire.**

**Pour information, l'orthodontie n'est prise en charge par la sécurité sociale que chez les enfants et uniquement si le traitement est débuté avant 16 ans. Notre cabinet pratique des traitements orthodontiques diversifiés à l'exception des traitements d'orthodontie linguale (bagues collées derrière les dents).**

**Renseignements concernant le patient :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_

Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Nom du chirurgien-dentiste traitant : \_\_\_\_\_

Votre chirurgien-dentiste a t-il fait une radiographie panoramique récemment ? :

oui, quand ? \_\_\_\_\_  non

Quelqu'un de la famille a t'il déjà été soigné par le docteur Aurore Delavierre ? :  oui  non

Si oui, merci de préciser le nom, le prénom et le lien de parenté :

Comment avez-vous connu le cabinet ? (chirurgien-dentiste, famille, ami, internet ...) :

Etes-vous adressé(e) ? :  oui  non

Si oui merci de préciser par qui (chirurgien-dentiste, médecin traitant, orthophoniste ... ; merci d'indiquer le nom) :



*Dr Aurore Delavierre*

**ORTHODONTIE**

Orthodontiste spécialiste

Ancienne interne des hôpitaux de Strasbourg

N° RPPS : 10101738267

N° AM : 454700907

Motif de la consultation :

Avez-vous déjà consulté un autre orthodontiste ? :  oui  non

Si oui, merci d'indiquer le nom du praticien :

Un traitement a-t-il été commencé ou est-il en cours ?

oui, merci de préciser si le traitement est terminé ou en cours :

non

Dans le cas où vous avez déjà consulté un autre praticien vous pouvez joindre à ce formulaire par mail les éventuels documents réalisés (photographies, radiographies notamment). Si vous avez en possession l'intégralité du dossier orthodontique merci de nous le joindre.

A quelle caisse de sécurité sociale est affilié le patient ? :  CMU,  ACS,  CSS,  AME,  MGEN,  RSI,  
 SSI,  MSA,  CPAM,  CNMSS

Avez-vous des remarques ou des doléances particulières à nous signaler ? :

**Nous vous remercions pour le remplissage de ce formulaire. Nous reviendrons vers vous au plus vite.**

**Au plaisir de vous rencontrer au sein de notre cabinet.**

**Dr Aurore Delavierre et toute l'équipe du cabinet**