

<b>Mme, Mr, Mlle</b>	<b>Téléphone:</b>
<b>Profession :</b>	<b>Portable :</b>
<b>Adresse domicile :</b> <b>Code postal</b> <b>Ville</b>	
<b>Mutuelle :</b>	<b>Tel mutuelle :</b>
	<b>Fax mutuelle</b>

**QUESTIONNAIRE MEDICAL PREVENTIF  
DE LA MALADIE PARODONTALE (Gencive + Os)**

Avez vous les gencives qui saignent ou qui sont sensibles lors du brossage ?.	OUI	NON
Avez vous constaté que vos gencives se rétractent ?	OUI	NON
Vos dents sont elles sensibles au chaud ou au froid ?	OUI	NON
Avez vous mauvais goût dans la bouche le matin au réveil ou dans la journée ?	OUI	NON
Avez vous des aliments qui restent coincés entre vos dents après le brossage régulier ?	OUI	NON
Avez vous constaté une mobilité de vos dents ?	OUI	NON
Utilisez vous régulièrement des bains de bouche ?	OUI	NON