

Patient: <i>Nom + Prénom</i>): Adresse: Tél: e-mail: date de naissance: sexe: m: <input type="checkbox"/> f: <input type="checkbox"/> N° AVS Requérant d'asile No N: N° personnel:	Timbre du cabinet dentaire (<i>adresse + N° de téléphone + e-mail.:</i>) Nom et N° RCC-LAMAL du médecin-dentiste responsable Nom et N° RCC-LAMAL du médecin-dentiste traitant si le resp. ne travaille pas au même endroit:
---	--

1.1 S'agit-il d'un cas LaMal ? oui: non: S'agit-il d'un cas LAA ? oui: non :
 1.2 S'agit-il exclusivement d'un traitement anti-douleur ? oui: non:

2. Date et motif de la première consultation (plainte du patient):

3.1 Dents manquantes	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
3.2 Dents défectueuses	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
3.3 Dents réparées	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
3.4 Dents avec atteinte parodontale	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3.5 Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthodontiques (décrire précisément):

3.6 Etat prophylactique / habitudes alimentaires et de consommation :

4. Diagnostic:

5. Plan de traitement simple et économique, éventuellement par étapes et tenant compte de l'hygiène :

5.1 mesures d'urgence:

5.2 traitements de 2ème priorité:

Lieu et date:

Signature personnelle du médecin-dentiste responsable:

Signature personnelle du médecin-dentiste traitant:

