

Rapport d'examen dentaire pour adultes (doit être rempli par le dentiste du demandeur)

Veuillez présenter ce formulaire à votre dentiste traitant/examineur pour qu'il le complète. Le conjoint, le parent, le frère, la soeur ou l'enfant du patient/demandeur n'est pas autorisé à effectuer l'examen. Les frais de l'examen et du rapport sont à la charge du patient/demandeur.

Instructions pour le dentiste traitant/examineur

Un examen dentaire approfondi est nécessaire pour répondre à toutes les questions ci-dessous. Si vous répondez par l'affirmative à un grand nombre des questions ci-dessous, ou si cela s'avère cliniquement nécessaire, des radiographies d'occlusion (bitewing) et panoramiques (ou de qualité diagnostique complète) doivent être réalisées. Veuillez envoyer les rapports radiographiques actuels et antérieurs avec ce formulaire.

I. Informations sur la personne assurée (à remplir par le demandeur)

Nom du demandeur			
N° de contrat			
Nom de la personne assurée (patient)			
Date de naissance		Sexe	

II. Constatations dentaires (à remplir par le dentiste traitant/examineur)

1. Quand le patient a-t-il reçu son dernier traitement dentaire dans votre cabinet ou chez un dentiste précédent?	Dentiste précédent :
---	----------------------

2. Le patient a-t-il bénéficié d'exams réguliers au cours des trois dernières années? ☐ Oui ☐ Non

3. Des radiographies ont-elles été effectuées dans le passé ou au cours de cet examen ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous répondez « oui », veuillez décrire la nature et l'indication des radiographies, mentionner les dates et envoyer les clichés actuels et antérieurs à Foyer Global Health S.A.

	Dentiste(s) précédent(s) :
--	----------------------------

4. Quel dentiste a effectué les traitements et les exams au cours des 3 dernières années ? Nom du dentiste actuel et précédent + adresse/e-mail/ numéro de téléphone	Dentiste(s) précédent(s) (peut être rempli par le client) :
---	---

5. Présence d'une dent/statut
 C = dent cariée
 F = dent manquante
 X(= dent manquante, espace fermé
 X = dent à extraire
 E = prothèse
 T = dent incluse ou impactée
 K = couronne existante
 TK = couronne partielle existante
 IN = inlay/remplissage existant
 B = élément de bridge
 I = implant existant

Mâchoire supérieure																											
à droite														à gauche													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	FDI											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16												
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17												
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	FDI											
Mâchoire inférieure																											

6.

Existe-t-il une lésion carieuse (carie) et/ou une obturation nécessitant un traitement/restauration ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, sur quelle(s) dent(s) ?

7.

Y a-t-il une dent cassée ou fracturée qui nécessite un traitement ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, quelle(s) dent(s) ?

8.

Existe-t-il une gingivite ou une maladie parodontale qui nécessite un traitement ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, nous vous prions de nous communiquer le statut PAR et/ou de l'indice PSI.

9.

Existe-t-il des troubles fonctionnels ou des maladies de la mâchoire/des articulations temporo-mandibulaires ou un trouble de l'occlusion/une malocclusion ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez utiliser la section 22 pour des remarques détaillées et plus de détails.

10.

Y a-t-il un ancien traitement endodontique, un abcès, une périodontite apicale ou un kyste nécessitant un traitement ou une référence ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, sur quelle(s) dent(s) ?

11.

Le patient serre-t-il ou grince-t-il des dents (bruxisme) ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez utiliser la section 22 pour des remarques détaillées et plus de détails.

12.

Y a-t-il une érosion, sensibilité, attrition ou abrasion dentaire ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, sur quelle(s) dent(s) ?

13.

Y a-t-il des prothèses dentaires existantes nécessitant un retrait ou une réfabrication ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, quelle(s) dent(s) ?

14.

Antécédents de fente labiale ou palatine ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez utiliser la section 22 pour des remarques détaillées et plus de détails.

15.

Y a-t-il une hyperdontie, une hypodontie ou une anodontie ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez utiliser la section 22 pour des remarques détaillées et plus de détails.

16.

Antécédents ou traitement orthodontique en cours (appareils ou contentions) ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez utiliser la section 22 pour des remarques détaillées et plus de détails.

17.

Veuillez indiquer dans le schéma des dents les et les traitements conservateurs et/ou prothétiques recommandés :

F = obturation

E = prothèse

K = couronne

TK = couronne partielle/onlay

X = extraction

B = élément de pont

V = facette

IN = inlay

I = implant

Mâchoire supérieure

à droite

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15 16

32 31 30 29 28 27 26 25

24 23 22 21 20 19 18 17

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

FDI

Mâchoire inférieure

18.

Un traitement orthodontique est-il nécessaire ou recommandé/conseillé ?

☐ Oui
☐ Non

19.

Un traitement parodontal est-il nécessaire ou recommandé/conseillé ?

☐ Oui
☐ Non

20.

L'extraction des dents de sagesse est-elle nécessaire ou recommandée/conseillée ?

☐ Oui
☐ Non

21.

Un traitement du bruxisme/CMD/ATM est-il nécessaire ou recommandé/conseillé ?

☐ Oui
☐ Non

Rapport d'examen dentaire pour adultes

Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, R.C.S. Luxembourg B 134.471

Page 2 sur 3

22. Autres anomalies, observations, remarques ou traitements nécessaires/recommandés et prévus qui n'ont pas été mentionnés précédemment (veuillez préciser)

Lieu et date de l'examen
d'aujourd'hui

(veuillez signer et tamponner)

Tampon

Signature du dentiste traitant/examineur avec cachet et date