

Rapport d'examen dentaire pour enfants

(doit être rempli par le dentiste de l'enfant/de la personne à assurer)

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 preneur d'assurance			
N° de contrat			
Nom de l'enfant assuré (patient)			
Date de naissance		Sexe	

II. Rapport dentaire (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. L'enfant a-t-il bénéficié d'examens 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 examens 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 responsable légal) :
---	--

5. Présence d'une dent/statut
- C = dent cariée
 - F = dent manquante
 - () = dent manquante, espace fermé
 - X = dent à extraire
 - P = dent définitive/définitive saine
 - PC = dent définitive/définitive cariée
 - T = dent rétiniennne ou impactée
 - K = couronne de dent de lait existante

Mâchoire supérieure													
à droite							à gauche						
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	FDI			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	FDI			
Mâchoire inférieure													

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

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

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

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

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui, veuillez utiliser la section 15 pour des remarques détaillées et plus de détails.

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui, veuillez utiliser la section 15 pour des remarques détaillées et plus de détails.

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui, veuillez utiliser la section 15 pour des remarques détaillées et plus de détails.

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui, veuillez utiliser la section 15 pour des remarques détaillées et plus de détails.

- F = remplissage
S = scellement de fissures
K = couronne
P = pulpotomie
X = extraction

Mâchoire supérieure

à droite

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65

A B C D E | F G H I J

FDI

à gauche

T S R Q P | O N M L K

85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

FDI

Mâchoire inférieure

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Tampon

Signature du dentiste traitant/examineur avec cachet et date