

Questionnaire du sourire

Nom :

Date :

Pour nous aider à évaluer vos attentes le mieux possible, merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Trouvez-vous que vos dents sont :

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| - Trop petites ou trop courtes | oui | non |
| - Trop grandes ou trop longues | oui | non |
| - De travers ou encombrées | oui | non |
| - Déformées (inégales/pointues) | oui | non |

Trouvez-vous vos dents antérieures "trop en avant " ("dents de lapin") ? oui non

Y-a-t-il des espaces entre vos dents que vous n'aimez pas ? oui non

Voit-on trop ou pas assez de gencive quand vous souriez ? oui non

Avez-vous déjà eu un traitement d'Orthodontie (bagues ou autres) oui non

Si oui, quand et où ?.....

Y-a-t-il d'autres problèmes dentaires que vous voulez évoquer ?.....

.....

.....