

# Questionnaire esthétique

## Votre Profil

Vos noms et prénom

Votre date de naissance

Fumez-vous ?

- Oui  
 Non

Consommez-vous ?

- Soda  
 Café  
 Thé  
 Vin

Avez-vous une maladie particulière à nous signaler ?

Avez-vous eu un traitement orthodontique ?

- Oui  
 Non

Si oui, quand ?

## Ressenti

Trouvez-vous que vos dents sont un sujet ?

- De première importance  
 Très important  
 Important sans être une préoccupation majeure

Êtes-vous gêné par l'aspect de vos dents ?

- Oui  
 Non

Qu'aimeriez vous changer le plus dans l'apparence de vos dents ?

## Aspect

Trouvez-vous que vos dents sont ?

- Trop courtes  
 Trop longues  
 Trop étroites  
 Trop larges  
 Trop rondes  
 Trop carrées  
 Normales

Avez-vous des dents cassées ou abîmées ?

- Oui  
 Non

Si oui, sont-elles visibles quand vous souriez ?

- Oui  
 Non

## Couleur

Trouvez-vous la couleur de vos dents ?

- Très blanche  
 Blanche  
 Jaune  
 Grise  
 Brune

Avez-vous des tâches sur les dents ?

- Oui  
 Non

## Alignement

Trouvez-vous que vos dents sont alignées ?

- Oui  
 Non

Avez-vous de l'espace entre les dents ?

- Oui  
 Non

Avez-vous une dent incomplète ou absente ?

- Oui  
 Non

## Restauration

Avez-vous des plombages ou couronnes ?

- Oui  
 Non

Si oui, quand vous souriez, voyez-vous vos plombages ou couronnes ?

- Oui  
 Non

## Sourire

Quand vous souriez, trouvez-vous que vos gencives sont ?

- Visibles  
 Trop visibles  
 Normales

Hésitez-vous à sourire ?

- Oui  
 Non

Avez-vous une demande ou une préoccupation spécifique ?

A bientôt