

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