

QUESTIONNAIRE ESTHETIQUE - CONFIDENTIEL

	Oui	Non
VOS HABITUDES		
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traitement orthodontique ? Si oui quand ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOS DENTS		
Avez-vous des dents cassées ou abîmées ? Si oui, sont-elles visibles quand vous souriez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des tâches sur les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouvez-vous que vos dents sont alignées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'espace entre les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une dent incomplète ou absente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des plombages ou couronnes ? Si oui, quand vous souriez, voyez-vous vos plombages ou couronnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hésitez-vous à sourire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous une maladie particulière à nous signaler ?

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?
.....

Buvez-vous une ou plusieurs de ces boissons :

- Café
 Thé
 Vins
 Sodas

Vos dents sont pour vous un sujet :

- De première importance
 Important
 Important sans être une préoccupation majeure

Trouvez vous que vos dents sont :

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

Trouvez-vous la couleur de vos dents :

- Très blanche
 Blanche
 Jaune
 Grise
 Brune

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

- Visibles
 Trop visibles
 Normales

Avez-vous une demande ou une préoccupation spécifique ?
.....
.....