

Dentiste :

- Appareil dentaire : oui Non
 - haut
 - bas
 - les deux

- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :

Pédicure :

- Fréquence souhaitée des consultations :
- Date de la dernière consultation :

Allergie :

- Allergies connues Oui Non
 - Lesquelles :

Tabagisme : Fumeur Oui Non

- Cigarette
- Cigare
- Pipe

Suivi à mettre en place et moyens nécessaires :

.....

.....

.....

.....