

## Assurance complémentaire AGRI-dental: questionnaire dentaire

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance : NPA/Lieu :** \_\_\_\_\_ **No d'assuré :** \_\_\_\_\_

À partir de l'âge de 6 ans révolu, les radiographies (2 Bitewing datant de moins de deux ans) doivent être jointes au questionnaire. Ceux-ci seront retournés après l'examen du risque.

### La dentition de la personne à assurer se trouve actuellement dans l'état suivant :

1. Conservation (plombage)  sans caries  1-4 lésions non soignées  plus de 4 lésions
2. Endodontique  
Traitements de la racine  oui, combien ?  non  
Révisions/traitements radiculaires nécessaires  oui, combien ?  non
3. Parodontale (gingivites)  oui  général  local  non
4. Perte osseuse  oui  général  local  non
5. Orthodontique, besoin de traitement  peu probable  probable

---

6. Y a-t-il une prothèse dentaire ?  oui  non  
Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_  
Couronne  bon  moyen  mauvais  
Bridge  bon  moyen  mauvais  
Implant  bon  moyen  mauvais  
Prothèse  bon  moyen  mauvais

---

7. Y a-t-il des dents dévitalisées ?  oui  non  
Si oui, lesquelles (joindre les radiographies) ? \_\_\_\_\_

---

8. Y a-t-il des conséquences d'un accident dentaire ?  oui  non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date de l'accident: \_\_\_\_\_

---

9. Y a-t-il une malposition dentaire ou maxillaire ?  oui  non

---

10. Y a-t-il une anomalie dentaire ?  oui  non  
Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

---

11. La personne à assurer est-elle actuellement en traitement chez un dentiste ?  oui  non  
Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_

---

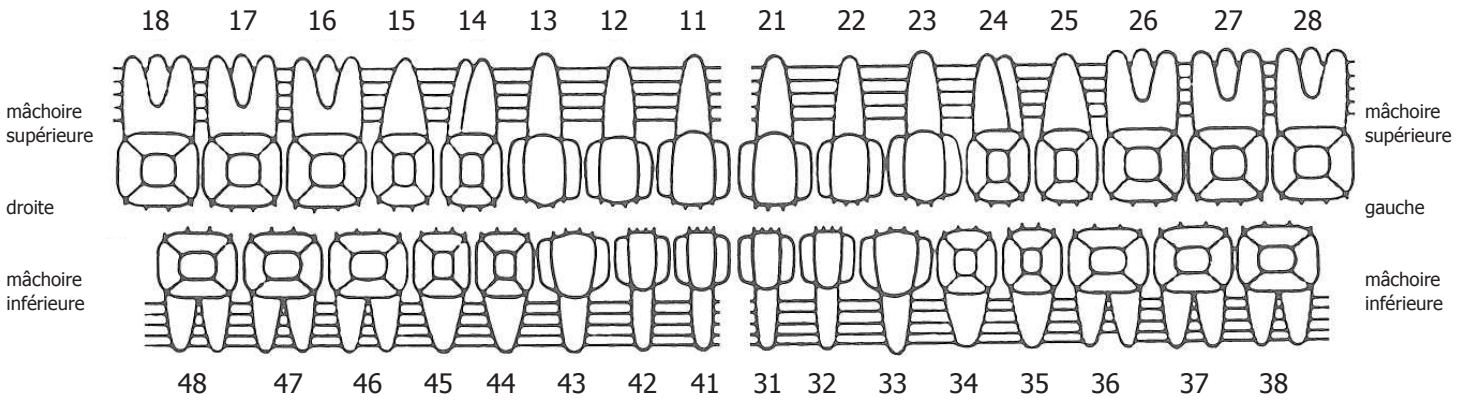
12. Un traitement est-il prévu ou souhaitable?  oui  non  
Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_  
Quand ? \_\_\_\_\_

---

13. À quand remonte le dernier contrôle ou traitement dentaire à votre cabinet médical? \_\_\_\_\_

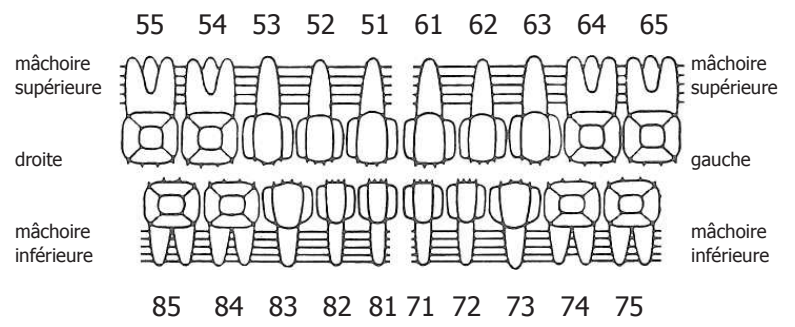
Merci d'indiquer le résultat sur le schéma de la page suivante à l'aide des symboles correspondants

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance : NPA/Lieu :** \_\_\_\_\_ **No d'assuré :** \_\_\_\_\_



- X Dent manquante
- H Plombage
- Couronne
- Bridge/pont
- ⊗ Implant
- ∪ Prothèse totale, mâchoire supérieure
- ∩ Prothèse totale, mâchoire inférieure
- ⌒ Prothèse partielle, mâchoire supérieure
- ⌒ Prothèse partielle, mâchoire inférieure
- D Dent dévitalisée
- R Dent retenue/non percée
- ZK Inclinaison dentaire
- O Dent cariée/plombage défectueux

**Dents de lait**



Remarques du dentiste

Par sa signature, le dentiste atteste que les informations fournies dans ce questionnaire sont conformes à la vérité. L'omission ou l'inexactitude de données peuvent avoir pour conséquence le refus de prestations, l'émission de réserves ou la résiliation du contrat.

Lieu, date \_\_\_\_\_ Timbre et signature du dentiste \_\_\_\_\_

**Avez-vous répondu en intégralité à toutes les questions et joint en annexe les radiographies ?**