

examen
de prévention bucco-dentaireIMPORTANT (le praticien, après avoir collé les étiquettes que lui remet le patient, adresse les deux premiers volets
à l'organisme d'affiliation et remet le 3^e volet au bénéficiaire)

assuré - bénéficiaire et organisme d'affiliation (identifier les 4 volets)

praticien-traitant (titulaire ou collaborateur)										examen de prévention									
nom										date de l'examen									
prénom										nombre de radiographies réalisées									
adresse										pas de Rx 2 Rx 4 Rx RIN									
										n° d'agrément de l'appareil									
										montant des honoraires *									
n° d'identification										signature attestant l'exécution de chacune des phases de l'examen									
praticien-traitant salarié																			
nom																			
prénom																			
n° d'identification										* si le montant est exprimé en Euros, cocher la case									
renseignements complémentaires																			
(à remplir par le praticien selon les indications du patient)																			
dernière visite chez un chirurgien-dentiste										moins d'1 an plus d'1 an									
(à remplir par le praticien à partir de la 2 ^{ème} année)																			
des soins ont-ils été réalisés suite à l'examen de prévention de l'année précédente ?										oui non									
si oui, les soins ont-ils été réalisés :										partiellement en totalité									

S 3149

examen
de prévention bucco-dentairevolet 2
destiné au
service médical

assuré - bénéficiaire et organisme d'affiliation (identifier les 4 volets)

praticien-traitant (titulaire ou collaborateur)

nom

prénom

adresse

examen de prévention

date de l'examen

nombre de radiographies réalisées

pas de Rx

2 Rx

4 Rx

RIN

n° d'agrément de l'appareil

montant des honoraires

*

n° d'identification

signature attestant l'exécution
de chacune des phases de l'examen

praticien-traitant salarié

nom

prénom

n° d'identification

* si le montant est exprimé en Euros, cocher la case

renseignements complémentaires

(à remplir par le praticien selon les indications du patient)

dernière visite chez un chirurgien-dentiste

moins d'1 an

plus d'1 an

(à remplir par le praticien à partir de la 2^{ème} année)

des soins ont-ils été réalisés suite à l'examen de prévention de l'année précédente ?

oui

non

si oui, les soins ont-ils été réalisés :

partiellement

en totalité

état bucco-dentaire

18

17

16

15

14

13

12

11

21

22

23

24

25

26

27

28

48

47

46

45

44

43

42

41

31

32

33

34

35

36

37

38

dent cariée

C

dent absente, non évoluée ou remplacée

A

dent obturée ou reconstituée

O

(Reporter le code correspondant dans le schéma dentaire)

inflammation gingivale

oui

non

un traitement ODF est-il en cours ou a-t-il été réalisé ?

oui

non

si non un bilan ODF est-il nécessaire ?

oui

non

traitement ou soins en cours

oui

non

un détartrage est-il nécessaire ?

oui

non

Nombre indicatif de dents à traiter :

autre thérapeutique envisagée :

motivation

L'examen de prévention, outre l'anamnèse et le relevé de l'état de santé bucco-dentaire, doit obligatoirement comprendre une phase de motivation. Avez-vous pensé notamment à délivrer des conseils* :

- en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire

☐

- sur l'apprentissage du brossage

☐

- sur les méfaits liés au tabac

☐

- d'une autre nature, à préciser :

☐

(compléter éventuellement le pavé "message de prévention" du volet "assuré")

* Cocher les cases concernées

humecter à cet endroit

humecter à cet endroit

assuré - bénéficiaire et organisme d'affiliation (identifier les 4 volets)

praticien-traitant (titulaire ou collaborateur)		examen de prévention	
nom		date de l'examen	
prénom		nombre de radiographies réalisées	
adresse		pas de Rx	2 Rx
		4 Rx	RIN
		n° d'agrément de l'appareil	
		montant des honoraires	*
n° d'identification		signature attestant l'exécution de chacune des phases de l'examen	
praticien-traitant salarié			
nom			
prénom			
n° d'identification		* si le montant est exprimé en Euros, cocher la case	

renseignements complémentaires

(à remplir par le praticien selon les indications du patient)

dernière visite chez un chirurgien-dentiste	moins d'1 an	plus d'1 an
(à remplir par le praticien à partir de la 2 ^{ème} année)		
des soins ont-ils été réalisés suite à l'examen de prévention de l'année précédente ?	oui	non
si oui, les soins ont-ils été réalisés :	partiellement	en totalité

état bucco-dentaire

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

dent cariée	C	inflammation gingivale	oui	non
dent absente, non évoluée ou remplacée	A	un traitement ODF est-il en cours ou a-t-il été réalisé ?	oui	non
dent obturée ou reconstituée	O	si non un bilan ODF est-il nécessaire ?	oui	non
(Reporter le code correspondant dans le schéma dentaire)		traitement ou soins en cours	oui	non
		un détartrage est-il nécessaire ?	oui	non
Nombre indicatif de dents à traiter :		autre thérapeutique envisagée :		

message de prévention (à compléter éventuellement par le praticien)

assuré - bénéficiaire et organisme d'affiliation (identifier les 4 volets)

praticien-traitant (titulaire ou collaborateur)

nom

prénom

adresse

examen de prévention

date de l'examen

nombre de radiographies réalisées

pas de Rx 2 Rx 4 Rx RIN

n° d'agrément de l'appareil

montant des honoraires

signature attestant l'exécution
de chacune des phases de l'examen

n° d'identification

praticien-traitant salarié

nom

prénom

n° d'identification

* si le montant est exprimé en Euros, cocher la case

renseignements complémentaires

(à remplir par le praticien selon les indications du patient)

dernière visite chez un chirurgien-dentiste moins d'1 an plus d'1 an

(à remplir par le praticien à partir de la 2^{ème} année)

des soins ont-ils été réalisés suite à l'examen de prévention de l'année précédente ? oui non

si oui, les soins ont-ils été réalisés : partiellement en totalité

état bucco-dentaire

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

dent cariée	C	inflammation gingivale	oui	non
dent absente, non évoluée ou remplacée	A	un traitement ODF est-il en cours ou a-t-il été réalisé ?	oui	non
dent obturée ou reconstituée	O	si non un bilan ODF est-il nécessaire ?	oui	non
(Reporter le code correspondant dans le schéma dentaire)		traitement ou soins en cours	oui	non
		un détartrage est-il nécessaire ?	oui	non
Nombre indicatif de dents à traiter :		autre thérapeutique envisagée :		

partie réservée au praticien