

---

# LA PERCEPTION DE VOTRE SOURIRE

## Analyse du Sourire

Avez-vous confiance quand vous souriez ? \*

Oui

Non

Quand vous vous regardez dans le miroir, constatez-vous des défauts de vos dents ou vos gencives ? \*

Oui

Non

Auriez-vous espéré que vos dents soient plus blanches ? \*

Oui

Non

Aimez-vous la forme de vos dents ? \*

Oui

Non

Lors d'un léger sourire et lorsque les dents du haut et du bas ne se touchent pas, voit-on le bord de vos dents ? \*

Oui

Non

L'une de vos dents antérieures est-elle plus foncée que les autres ? \*

Oui

Non

Vos dents inférieures sont-elles droites et de même niveau ? \*

Oui

Non

Vos restaurations - amalgames ou composites, facettes et couronnes en céramique ont-elles l'air naturel ? \*

Oui

Non

L'une de vos dents a-t-elle des ébréchures, des fissures ou des fractures ? \*

Oui

Non

Avez-vous des dents absentes que vous n'avez pas remplacées ? \*

Oui

Non

Avez-vous constaté que la gencive a reculé au niveau du collet de vos dents ? \*

Oui

Non

Vos gencives sont-elles rouges et enflées ? \*

Oui

Non

Y a-t-il des caries ou une maladie de vos gencives à l'origine d'une mauvaise haleine ? \*

Oui

Non