

Date : ____ / ____ / ____

SPÉCIALISTES

- Dr Benjamin Saleh
- Dr Christian Robin
- Dr Tran Volong Dao

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____ App. _____
 Ville _____ Code postal _____
 Téléphone maison _____
 Téléphone travail _____
 Cellulaire _____
 Courriel _____
 Date de naissance (aa/mm/jj) ____/____/____ F H

IDENTIFICATION DU CLINICIEN

Dr _____
 Adresse _____
 Ville _____ Code postal _____
 Téléphone _____
 Courriel _____
 Rapport papier ou Rapport par courriel
 Radiographies : incluses Oui Non
 Numériques Oui Non

RAISON DE LA CONSULTATION

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Extractions | <input type="radio"/> Préprothétique |
| <input type="radio"/> Implants | <input type="radio"/> Disfonction ATM |
| <input type="radio"/> Chirurgie esthétique | <input type="radio"/> Apectomie |
| <input type="radio"/> Agent injectable (Botox, etc.) | <input type="radio"/> Traumatisme |
| <input type="radio"/> Ostéotomie | <input type="radio"/> Infection |
| <input type="radio"/> Pathologie | <input type="radio"/> Panoramique seul |
| | <input type="radio"/> TVFC/CBCT |

REMARQUES

COORDONNÉES

750 CHEMIN LUCERNE, SUITE 100
 VILLE MONT-ROYAL QC H3R 2H6

T 514 389 3890 F 514 389 4134

WWW.SPECIALISTESMAXILLO.COM

Veillez nous faire parvenir la requête par télécopieur ou par courriel à info@specialistesmaxillo.com

