

Date : ____ / ____ / ____

SPÉCIALISTES

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

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

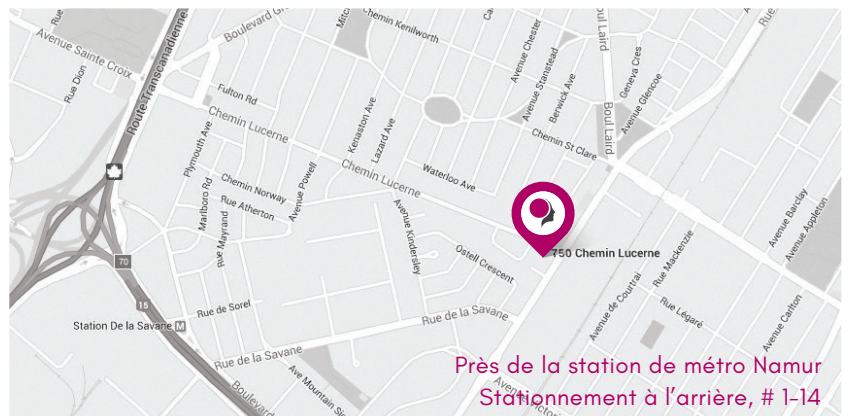
COORDONNÉES

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



Près de la station de métro Namur
 Stationnement à l'arrière, # 1-14