

DE :

À :

Nous vous confions :

Client :

Date de naissance :

Adresse :

Parent/tuteur :

Téléphone :

Courriel :

RAISON DU RENVOI : (Veuillez préciser les préoccupations.)

POUR CONSULTATION :

POUR UN TRAITEMENT :

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS : (Veuillez consigner les allergies connues et les problèmes médicaux/dentaires spécifiques pertinents au diagnostic et au traitement.)

Veuillez appeler le client  Le client vous téléphonera  Un rendez-vous a été fixé le : \_\_\_\_\_

Radiographies en annexe  Veuillez retourner les radiographies après usage

Aucune radiographie récente disponible

Avisez lorsque terminé :  par écrit  par téléphone

Suivi à la suite du renvoi :  par le spécialiste  par notre cabinet  à déterminer

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_