AUDREY DUBOIS
ORTHODONTISTE

Formulaire de référence pour consultation en orthodontie

Date : _____

Information du patient :

Prénom et nom du patient : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Parent(s) à contacter : _____
Tél. : _____ Courriel : _____

Nom du professionnel référent : _____

Adresse : _____
_____
Tél. : _____ Courriel : _____

Raison de la consultation :
_____
_____
_____

Considérations spéciales :
_____
_____
_____

- ☐ Prière de rappeler le(la) patient(e) pour lui donner un rendez-vous;
- ☐ Le(la) patient(e) vous contactera pour prendre rendez-vous;
- ☐ Le rendez-vous a été pris.

Radiographies :
- ☐ Radiographie panoramique ci-jointe;
- ☐ Radiographie panoramique vous a été envoyée par courriel;
- ☐ Le(la) patient(e) n'a pas eu de radiographie panoramique à notre bureau.

Signature : _____

450 486-6600 sourire@dredubois.com 2, boul. Desaulniers, bureau 660, Saint-Lambert (Québec) J4P 1L2 dreaudreydubois.com