Clinique
Orthodontique

Dr Donald Blais inc.

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Tél. : 418 656-1020 • Téléc. : 418 656-1143 • Sans frais 1 800 656-1020
Courriel : d2blais@gmail.com

Dentiste référent : _____ Date : ____ / ____ / ____
jour mois année

Courriel : _____

NOUS VOUS RÉFÉRONS

Patient(e) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
jour mois année

Adresse : _____

_____ Téléphone 1 : _____

_____ Téléphone 2 : _____

RAISON DE LA CONSULTATION

- ☐ Manque d'espace / Chevauchement
- ☐ Occlusion croisée
- ☐ Mainteneur d'espace
- ☐ Occlusion ouverte (open bite)
- ☐ Occlusion fermée (deep bite)
- ☐ Constriction palatine
- ☐ Invisalign
- ☐ Dent incluse (#_____)
- ☐ Traitement ortho-chirurgical
- ☐ Traitement préprothétique
- ☐ Traitement interceptif
- ☐ Traitement complet
- ☐ Orthodontie linguale
- ☐ Diastèmes / Excès d'espace
- ☐ Rétrognathie / Cl II
- ☐ Prognathie / Cl III
- ☐ Absences congénitales
- ☐ Traitement esthétique

Considérations spéciales : _____

_____

_____

_____

DIRECTIVE

- ☐ Prière d'appeler le(la) patient(e)
- ☐ Le(la) patient(e) vous appellera bientôt
- ☐ Le rendez-vous a été pris le :

  ____ / ____ / ____
  jour mois année

- ☐ Radiographies ci-jointes
- ☐ Retourner les radiographies après utilisation
- ☐ Présenter un rapport écrit par :

  Format électronique ☐ Courrier conventionnel ☐

Veuillez nous faire parvenir : ☐ D'autres formulaires de référence ☐ Cartes d'affaires

Signature : _____