



Formulaire de référencement de patient

MÉDECIN-DENTISTE TRAITANT·E

Nom, prénom	Adresse
Téléphone	E-mail

PATIENT·E

Nom, prénom	Adresse
Date de naissance	
Téléphone	E-mail

PATIENT·E RÉFÉRÉ·E POUR

- ☐ Extraction(s) dent(s)
- ☐ Pose d'implant(s), région
 - Marque d'implant souhaitée
- ☐ Résection apicale, kyste
- ☐ Greffe osseuse
- ☐ Sinuslift
- ☐ Examen stomatologique
- ☐ Imagerie 3D (CBCT), région
- ☐ Autre

COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Date

Urgence : OUI ☐ NON ☐

Discussion préalable souhaitée avant la première consultation : OUI ☐ NON ☐

Médicament(s)

Annexe(s) : ☐ Radiographie(s) ☐ Document(s) d'assurance ☐ Rapport

Remarque(s)