



Cabinet Dr. Alice Jurt

Chirurgie orale & implantologie

Formulaire de référencement de patient·e

1 Médecin-dentiste référent·e	Nom et prénom	Adresse	
	Téléphone	E-mail	
2 Patient·e	Nom et prénom	Date de naissance	
	Adresse	Téléphone et e-mail	
	Extraction(s) dent(s)		
	☐ Pose d'implant(s), région.		
	☐ Marque d'implants souhaitée		
	Traitement prothétique souhaité		
	Résection apicale, kyste		
	Examen stomatologique		
	Imagerie 3D (CBCT), région		
	Chirurgie orthodontique		
Autre			
3 Complément d'information	Urgence : oui non		
	Annexe(s) : Radiographie(s)	Document(s) d'assurance	Rapports
	Médicament(s)	Remarques	