



ORTHODONTIE
BYTOWN

Dr David Chambers
Dre Carine Bourassa
ORTHODONTISTES

Nom du patient _____ Date _____

Téléphone _____ Date de naissance _____

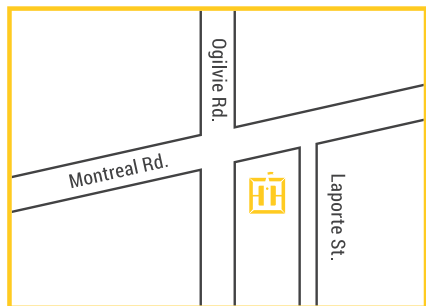
Référé(e) par _____

Motif de la consultation:


- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Béance antérieure | <input type="checkbox"/> Espaces | <input type="checkbox"/> Chevauchement manque d'espace |
| <input type="checkbox"/> Surplomb horizontal | <input type="checkbox"/> Surplomb vertical | <input type="checkbox"/> Chirurgie orthognathique |
| <input type="checkbox"/> Dent incluse | <input type="checkbox"/> Pré-prothétique | <input type="checkbox"/> Mainteneur d'espace |
| <input type="checkbox"/> Articulé croisé | <input type="checkbox"/> Dents manquantes | <input type="checkbox"/> Traitement interceptif |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

Histoire dentaire:


- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Date du dernier examen/nettoyage _____ | |
| <input type="checkbox"/> Radiographie panoramique disponible | <input type="checkbox"/> Restaurations dentaires nécessaires |




 2084 Montreal Rd, Ottawa ON K1J 6M9

 smile@bytownortho.com

 www.bytownortho.com

 613-518-1145

 613-800-0501