

Nom du patient _____ DDN _____

Téléphone _____ Adresse courriel _____

Référé(e) par _____ Date _____

Langue de Préférence ☐ Anglais ☐ Français

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-prosthétique | <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"/> Radiographie panoramique disponible | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Examen/nettoyage | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Charte parodontale disponible | Date _____ |
| <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