

SPÉCIALISTES



Date : _____ / _____ / _____

SPÉCIALISTES

- Dr Benjamin Saleh
- Dr Christian Robin
- Dr Tran Volong Dao
- Dr Elliot Saleh

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone maison _____

Téléphone travail _____

Cellulaire _____

Courriel _____

Date de naissance (aa/mm/jj) _____ / _____ / _____ F H

IDENTIFICATION DU CLINICIEN

Dr _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____

Courriel _____

Rapport papier ou Rapport par courriel

Radiographies : incluses Oui Non

Numériques Oui Non

RAISON DE LA CONSULTATION

- Extractions
- Préprothétique
- Implants
- Disfonction ATM
- Chirurgie esthétique
- Apectomie
- Agent injectable (Botox, etc.)
- Traumatisme
- Infection
- Ostéotomie
- Panoramique seul
- Pathologie
- TVFC/CBCT

REMARQUES

COORDONNÉES

750 CHEMIN LUCERNE, SUITE 100
VILLE MONT-ROYAL QC H3R 2H6

T 514 389 3890 F 514 389 4134

WWW.SPECIALISTESMAXILLO.COM

Veuillez nous faire parvenir la requête par télécopieur ou par courriel à
info@specialistesmaxillo.com

