



RÉFÉRER
UN **PATIENT**

FORMULAIRE EN LIGNE

EXTRACTION DE DENTS / DENTS DE SAGESSE / CORONECTOMIE

DENTISTE RÉFÉRENT

Nom du dentiste* Nom de la clinique*

Téléphone (Canada)* Courriel*

PATIENT

Nom, Prénom* Date de naissance*

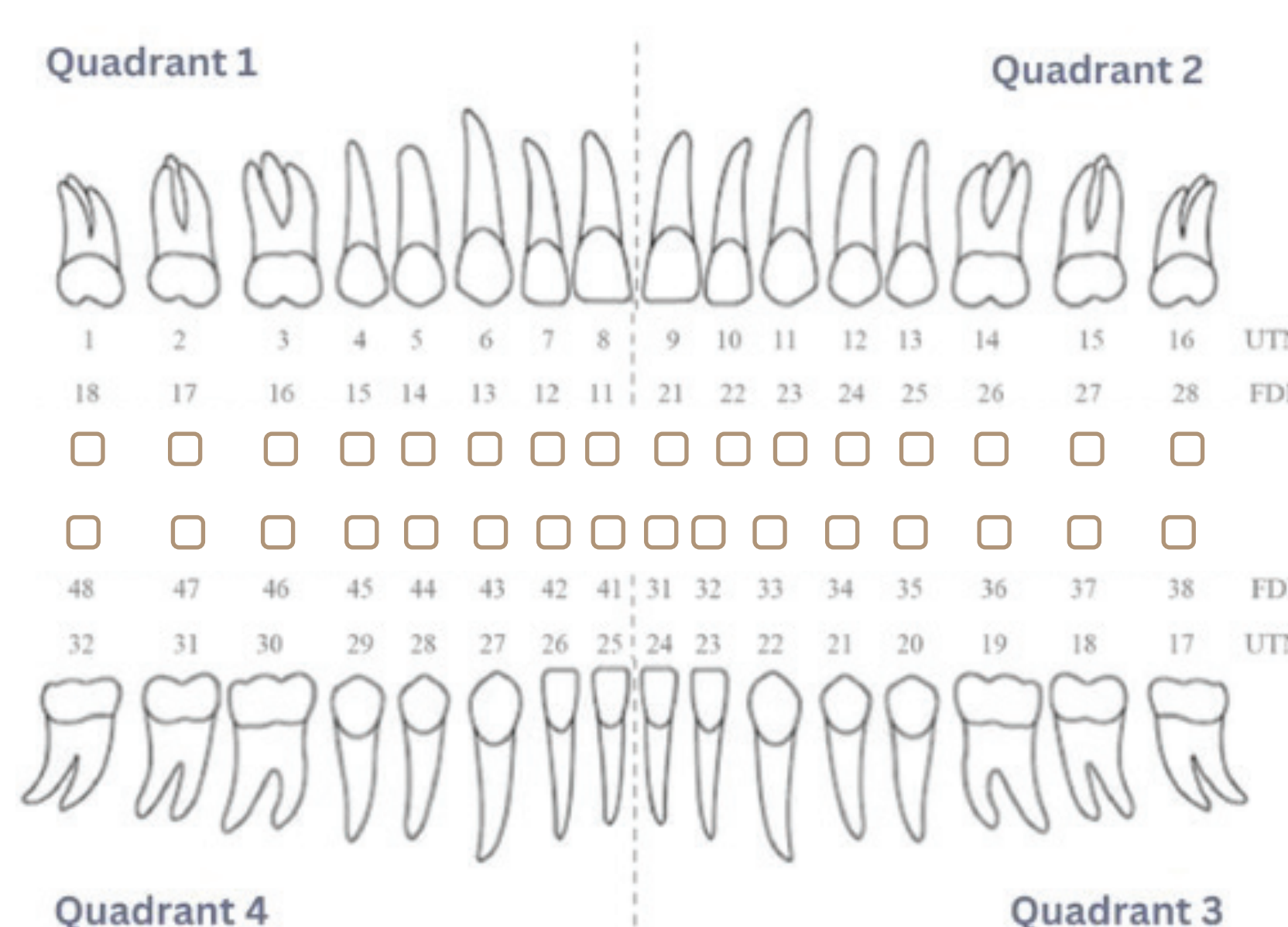
Courriel* Téléphone*

Adresse*

INFORMATIONS

Dent / section d'extraction / coronectomie demandée*:

▼ Dentition Adulte



Raison de l'extraction nécessaire*:

- Troubles temporo-mandibulaires (ATM)
- Malocclusion
- Lésion radiographique
- Autre
- Dent incluse
- Pathologie péri-apicale
- Pathologie

Préciser

Informations cliniques et documents :

Veuillez téléverser toutes les radiographies, documents, images, prescriptions et autres.

Choisir un fichier | Aucun fichier choisi

Urgence ?*

- Oui
- Non

Commentaires ou informations supplémentaires :

SOUMETTRE



Fournisseur du Régime canadien de soins dentaires
Tarification égale au guide provincial

