

FORMULAIRE DE REFERENCE EN ORTHODONTIE

DATE : \_\_\_\_\_

PRENOM ET NOM DE FAMILLE DU PATIENT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEPHONE : \_\_\_\_\_

NOM DU DENTISTE REFERENT : \_\_\_\_\_

COURRIEL DU DENTISTE REFERENT : \_\_\_\_\_

SELECTIONNER UN ORTHODONTISTE

- Dre Maria Pia Canales
- Dre Camille Gilbert
- Première disponible

RAISON DE LA REFERENCE

- Occlusion croisée antérieure
- Occlusion croisée postérieure
- Surplomb horizontal
- Surplomb vertical
- Problème d'espace
- Autre \_\_\_\_\_

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE :

- Nous allons vous envoyer la radiographie ([info@cliniquestcharles.com](mailto:info@cliniquestcharles.com))
- La radiographie a été transmise au patient/parent
- Nous n'avons pas de radiographie panoramique

COMMENTAIRES

---

---

---

---