

PATIENT INFORMATION / INFORMATION DU PATIENT:

Name/Nom: _____ D.O.B./Ne(e) le: _____

Telephone/Téléphone: _____ email/courriel: _____

REFERRAL INFORMATION / RÉFÉRENCE:

- Consultation only/Consultation seulement
- Comprehensive treatment/traitement compréhensif
- Other (please specify)/Autre (veuillez préciser)

Referral details/Commentaires:

Radiographs forwarded/radiographies envoyées: Yes/oui No/non

CONSULTATION REPORT / RAPPORT:

Via email/envoyé par courriel via mail/envoyé par la poste via phone/par téléphone

REFERRED BY / RÉFÉRÉ PAR:

Dentist/Dentiste: _____

Signature: _____