

Patient Information / Information du patient:

Name/Nom: _____ D.O.B./Né(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 by phone/par téléphone

Referred by/Réfééré par:

Dentist / Dentiste: _____ Signature: _____

Telephone: _____ Date: _____

