

Chère consœur, cher confrère,

Veuillez remplir les champs ci-dessous afin de référer votre patient.e pour une prise en charge spécialisée dans l'une de nos cliniques. Ce formulaire nous permettra de mieux comprendre les besoins de votre patient et d'assurer un suivi optimal.

Informations du patient :

- ▶ Nom et prénom : _____
- ▶ Date de naissance : _____
- ▶ Téléphone : _____
- ▶ Adresse e-mail (si disponible) : _____

Informations sur le référent :

- ▶ Nom et prénom du praticien référent : _____
- ▶ Cabinet ou clinique dentaire référent : _____
- ▶ Téléphone : _____
- ▶ Adresse e-mail : _____

Motif de la référence :

- ▶ Nature du soin requis :

- ☐ Endodontie ☐ Chirurgie orale ☐ Implants dentaires
- ☐ Parodontologie ☐ Orthodontie ☐ Pédiodontie
- ☐ Soins sous protoxyde d'azote ou anesthésie générale
- ☐ Orthèse d'Avancée Mandibulaire (Apnée du sommeil et/ou ronflement)
- ☐ Autre (précisez) : _____

Autorisation pour retour d'information au praticien référent :

Je soussigné.e, _____, autorise la clinique ARDENTIS à transmettre au/à la praticien.ne référent.e mentionné.e ci-dessus un compte rendu des soins réalisés ou des examens effectués.

Date : _____ Signature du patient : _____

Merci de nous transmettre directement ce formulaire (accompagné d'éventuelles radios) par e-mail ou de le mettre à disposition de votre patient afin qu'il puisse nous le transmettre au plus tard le jour du traitement prévu au sein d'ARDENTIS.