



Informations Personnelles

Date: _____

S'il vous plaît remplissez les sections ci-dessous.

Nom: _____ Prénom: _____

Sexe: M F Date de naissance: Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ Gardien(-18): _____

Adresse: _____ Apt: _____ Ville: _____ Province: _____ Code postale: _____

Téléphone: Maison: (____) _____ Travail: (____) _____ (ext.) _____ Autre: (____) _____

Adresse électronique: _____

No. carte de santé: _____ date d'expiration: _____ NAS (optionnel): _____

Référé par: _____ Raison pour la visite: _____

Employeur: _____ Position: _____ Depuis quand: _____

Téléphone: (____) _____ Adresse électronique: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

Informations d'urgence

Nom	Rapport au Patient	Téléphone 1	Téléphone 2
1.		(____) _____	(____) _____
2.		(____) _____	(____) _____
3.		(____) _____	(____) _____

Avez-vous un régime d'assurance dentaire et/ou autre régime qui rembourserait nos services? O N

Nom de la compagnie d'assurance : _____

No. de police : _____ No. Du certificat: _____

Si vous n'êtes pas la personne responsable des paiements de ce dossier, s.v.p. remplissez la section ci-dessous avec les informations du payant.

Nom: _____ Prénom: _____

Sexe: M F Date de naissance: Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ Rapport au patient: _____

Adresse: _____ Apt: _____ Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

Adresse électronique: _____

Téléphone: Maison: (____) _____ Travail : (____) _____ (ext.) _____ Autre: (____) _____

Signature du payant: _____ Date: _____

Signature du patient: _____ Date: _____

Signature du gardien (18 -): _____ Date: _____

Votre sourire nous tient à cœur • We take your smile to heart

144 Promenade du Portage phase IV, Gatineau (Hull) (Québec) J8X 2K3

www.portagedental.ca