



# 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: \_\_\_\_\_