

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS
CONSULTATION EXTERNE D'ODONTOLOGIE**

*(la consultation aura lieu uniquement si le formulaire est renseigné
et signé par un chirurgien-dentiste ou un médecin)*

Informations patient :

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Adresse :
.....
☎ :
@ :

Si mineur ou patient sous tutelle :

(informations du représentant légal)

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
☎ :
@ :

Chirurgien-dentiste ou médecin demandeur :

Signature et tampon :

Docteur :
Adresse :
.....
☎ :
@ :
Date de la demande :

Motif de la demande : *(la demande devra être en lien avec les prises en charge réalisées par le Service d'Odontologie)*

Une radiographie panoramique dentaire de moins de 6 mois est à joindre à la demande (sauf inaptitude du patient)

Antécédents :

Traitements : *(joindre l'ordonnance)*

Allergies :