



CENTRE DENTAIRE FAMILIAL  
TRAILSEDGE  
FAMILY DENTAL

## Transfert de radiographies/enregistrements

NOM(S) DU (DES) PATIENT(S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRANSFERT AU: Centre dentaire familial Trailsedge (613) 800-0022

Nom du dentiste / clinique dentaire: \_\_\_\_\_

Adresse / Ville et Numéro de Téléphone: \_\_\_\_\_

Au nom du (des) patient(s) ci-dessus, nous aimerions vous remercier pour vos soins. Ce(s) patient(s) est (ont) transféré(s) à notre bureau, et nous apprécierions les informations suivantes:

Bureau Seulement

DATE DU DERNIER EXAMEN COMPLET (01103): \_\_\_\_\_

DATE DU DERNIER EXAMEN DE RAPPEL (01202): \_\_\_\_\_

DATE DU NETTOYAGE DENTAIRE (01103): \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE DU DERNIER PANOREX: \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE DES DERNIÈRES BWs: \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE DES DERNIÈRES PAs (et # de dent): \_\_\_\_\_

Veillez transmettre les BWs/PAs prises au cours de la dernière année et toutes les Panorex prises au cours des trois (3) dernières années.

Toute autre information pertinente (rapports de spécialistes, traitement approfondi, etc.) sera grandement appréciée.

SIGNATURE DU PATIENT: \_\_\_\_\_

DATE DE SIGNÉE: \_\_\_\_\_

6160 chemin Renaud Ottawa, ON K1W 0L1  
trailsedgefamilydental@gmail.com  
1(613)800-0022