

Assignation au médecin-dentiste traitant

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : _____

Établissement médico-social : _____ Chambre : _____

Agent payeur : _____

Personne de contact (famille, curateur) : _____ N° de tél. : _____

Médecin : _____ N° de tél. : _____

Chère consœur, cher confrère,

Lors de l'examen du _____, les diagnostics suivants ont été posés chez le patient/la patiente susmentionné/e :

- Muqueuse : _____
- Parodontite : _____
- Caries : _____
- Prothèse : _____
- Autres diagnostics : _____

La patiente/le patient nous a informé que vous êtes son médecin-dentiste traitant. Nous vous prions donc de contacter la patiente/le patient pour discuter de la marche à suivre.

Je reste à votre disposition pour toute question.

Particularités :	
Nom et adresse du cabinet : Médecin-dentiste référent : Courriel/numéro de téléphone : Tampon :	
Date et signature :	