

Chère consœur, cher confrère,

Veuillez remplir les champs ci-dessous afin de référer votre patient.e pour une prise en charge spécialisée dans l'une de nos cliniques. Ce formulaire nous permettra de mieux comprendre les besoins de votre patient et d'assurer un suivi optimal.

**Informations du patient :**

- ▶ Nom et prénom : \_\_\_\_\_
- ▶ Date de naissance : \_\_\_\_\_
- ▶ Téléphone : \_\_\_\_\_
- ▶ Adresse e-mail (si disponible) : \_\_\_\_\_

**Informations sur le référent :**

- ▶ Nom et prénom du praticien référent : \_\_\_\_\_
- ▶ Cabinet ou clinique dentaire référent : \_\_\_\_\_
- ▶ Téléphone : \_\_\_\_\_
- ▶ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

**Motif de la référence :**

- ▶ Nature du soin requis :

- Endodontie       Chirurgie orale       Implants dentaires
- Parodontologie       Orthodontie       Pédiodontie
- Soins sous protoxyde d'azote ou anesthésie générale
- Orthèse d'Avancée Mandibulaire (Apnée du sommeil et/ou ronflement)
- Autre (précisez) :

**Autorisation pour retour d'information au praticien référent :**

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_, autorise la clinique ARDENTIS à transmettre au/à la praticien.ne référent.e mentionné.e ci-dessus un compte rendu des soins réalisés ou des examens effectués.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient : \_\_\_\_\_

*Merci de nous transmettre directement ce formulaire (accompagné d'éventuelles radios) par e-mail ou de le mettre à disposition de votre patient afin qu'il puisse nous le transmettre au plus tard le jour du traitement prévu au sein d'ARDENTIS.*