



Centre dentaire *Julie Portier*

247, boul. St-Luc, Suite 201  
Saint-Jean-sur-Richelieu  
(Québec) J2W 0J3  
450 349-0410

## INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Date de naissance \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Genre :  Féminin  Masculin Prénom \_\_\_\_\_  
Téléphone maison \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone travail \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Cellulaire/téléavertisseur \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_  
Expiration \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE DU PAIEMENT DES HONORAIRES

Nom de la mère \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Nom du père \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance dentaire?  Oui  Non Nom de la compagnie \_\_\_\_\_

Numéro de contrat / groupe \_\_\_\_\_ Numéro d'identité / certificat \_\_\_\_\_  
Nom du titulaire de l'assurance \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

En raison de la complexité des causes des maladies dentaires, il est nécessaire pour nous de comprendre et d'investiguer tous les facteurs causatifs possibles. Le succès de votre traitement en dépend. En dépit du fait que certaines de ces questions vous sembleront sans rapport avec votre condition dentaire, elles sont toutes reliées à de possibles causes. Nous vous prions de répondre à TOUTES les questions et de SIGNER à l'endroit indiqué.

### RÉFÉRENCES MÉDICALES

Nom de votre médecin généraliste \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Nom de votre (vos) médecin(s) spécialiste(s) \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Nom de la pharmacie \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Comment avez-vous connu la clinique? \_\_\_\_\_

Je, sous-signé, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical qui suit au meilleur de ma connaissance. Si au cours de mes traitements, il se produisait des changements concernant mon état de santé et la prise de médicaments, je consens à vous en informer immédiatement. J'accepte que le dentiste ou son personnel puisse communiquer avec tout professionnel de la santé me traitant dans le but de m'offrir les traitements les plus adaptés à mes besoins.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Patient ou responsable)

