

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Lisane Paquette | <input type="checkbox"/> Dr. Navdeep Asi |
| <input type="checkbox"/> Dr. Andrew Gaffen | <input type="checkbox"/> Dr. Lushen Naidoo |
| <input type="checkbox"/> No preference / Sans préférence | |

Patient : _____
 Name / Nom _____ Telephone _____

 Email/courriel _____ DOB/DN _____

Appt / R-v: _____
 Date _____ Time / Heure _____

Circle tooth to be evaluated / encerclez la dent à évaluer

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

- Consultation
- Root canal treatment / traitement de canal
- Retreatment / retraitement
- Apical surgery / chirurgie apicale
- Trauma / traumatisme
- Possible fracture / fracture possible
- Previous root canal Tx / traitement de canal antérieur

Request post space / espace pivot requis : yes / oui no / non

Comments / commentaires : _____

Referred by / référé par Dr. : _____

Telephone _____ Date _____

**PLEASE BRING THE DETAILS OF YOUR INSURANCE COVERAGE
 VEUILLEZ APPORTER LE DÉTAIL DE LA COUVERTURE DE VOTRE ASSURANCE**