



- Dr. Lisane Paquette Dr. Christopher McWatters
 Dr. Andrew Gaffen Dr. Navdeep Asi
 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

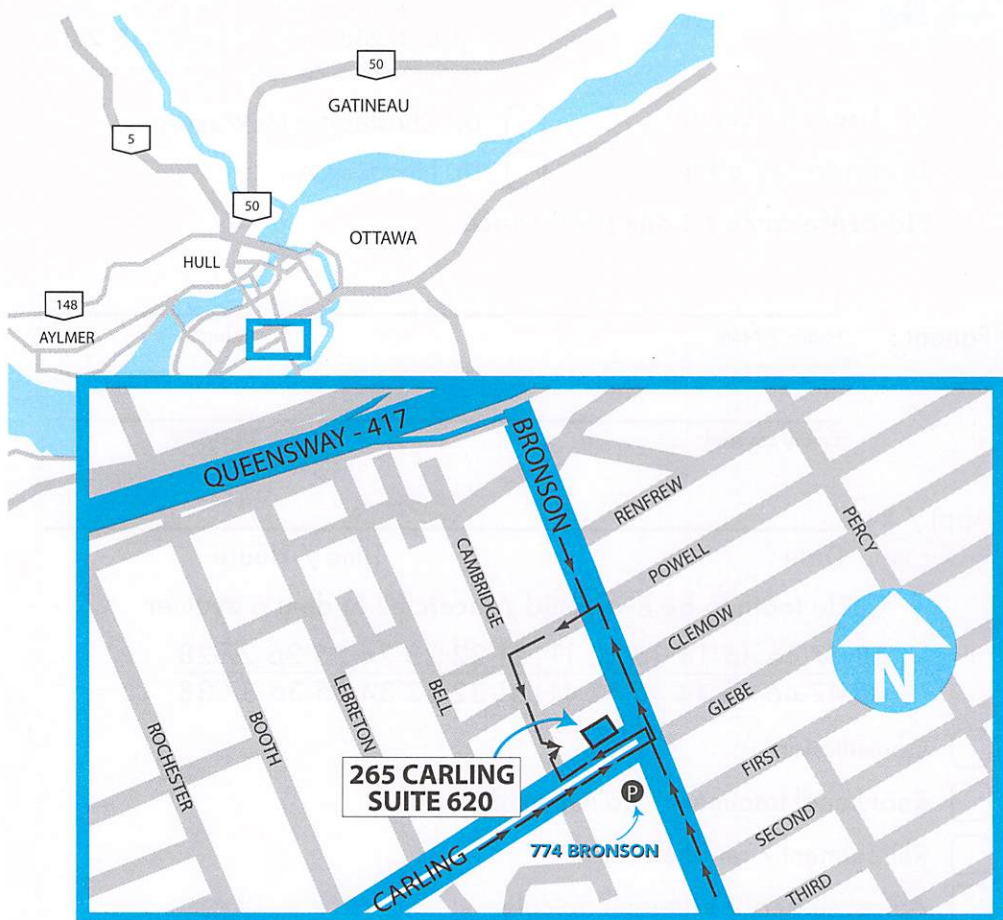
Request post space / espace pivot requis : yes / oui no / non

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



Parking/Stationnement:

We have three complimentary parking spaces available at 774 Bronson Ave. Paid parking is also provided at the same location.

Nous avons trois places de stationnement gratuites au 774 avenue Bronson. Stationnements payants également disponibles au même endroit.

Cancellation Policy/Politique d'annulation:

We require a 48 hour notice for any cancellation or changes to an appointment.

Un avis de 48 heures est requis pour toute annulation ou modification de rendez-vous.