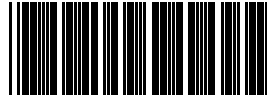


DOSSIER DENTAIRE – 3



DT9069

Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

DIAGNOSTIC

PLAN DE TRAITEMENT SUGGÉRÉ

PLAN DE TRAITEMENT ALTERNATIF

PRONOSTIC

Année Mois Jour

Date de l'examen

--	--	--	--

Signature du dentiste traitant

N° de permis

ODONTOGRAMMES ÉVOLUTIFS

