



Numéro de Dossier: _____

Renseignement personnel et confidentiel :

Nom :	_____	Prénom :	_____	M :	___	MME :	__	Mlle :	___
Adresse :	_____	Ville :	_____	Province. :	_____	Code Postal :	_____		
Date de Naissance :	_____	Tel : résidence :	_____	Cellulaire :	_____	Travail :	_____		
Courriel :	_____								
Numéro Assurance Maladie :	_____	Employeur :	_____	Occupation :	_____				
Comment avez-vous connu la clinique ?	_____			Référé par :	_____				
Nom conjoint(e) :	_____	Employeur :	_____	Occupation	_____				
Date de naissance conjoint(e) :	_____								

Demande de communication confidentielle :

	Oui	Non	
Je vous accorde la permission de	_____	_____	Me contacter à la maison
	_____	_____	Me contacter sur mon cellulaire
	_____	_____	Me contacter au travail
	_____	_____	Me contacter par courriel
	_____	_____	Laisser un message sur boîte vocale maison
	_____	_____	Laisser message sur boîte vocale sur cellulaire
	_____	_____	Laisser message sur boîte vocale au travail

Renseignements financiers : Responsable du compte : Moi-même _____ Conjoint(e) _____ Parent : _____

Assurance Dentaire Primaire : Compagnie Assurance _____ Fin année Ass. _____
No de police : _____ No de certificat : _____
Max : _____ \$/Année, Traitement base : _____ %, Majeur : _____ %, Orthodontie _____ %
Tarif de l'année : _____, Intervalle des rappels _____ mois, Unité de détartrage par année : _____
Autres Infos : _____

Assurance Dentaire Secondaire : Compagnie Assurance _____ Fin année Ass. _____
No de police : _____ No de certificat : _____
Max : _____ \$/Année, Traitement base : _____ %, Majeur : _____ %, Orthodontie _____ %
Tarif de l'année : _____, Intervalle des rappels _____ mois, Unité de détartrage par année : _____
Autres Infos : _____