

Patient ID # _____



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONFIDENTIELS

Nom		Prénom	Sexe	Date de naissance
Adresse			Téléphone maison	
Ville	Province	Code Postal	Téléphone travail	
Adresse courriel			Cellulaire	
Numéro d'assurance maladie		Date d'expiration	Numéro d'assurance sociale	
Si enfant mineur, nom du parent responsable		Occupation	Employeur	
Nom et prénom conjoint(e)		Occupation du (de la) conjoint (e)	Employeur du (de la) conjoint (e)	
Référé par		Autres membres de la famille qui sont patients ici		

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom		Prénom	Lien
Téléphone maison	Téléphone travail	Cellulaire	

AUTORISATION PHOTOGRAPHIES

J'autorise le Centre Dentaire de Gatineau à prendre les photographies ainsi que des radiographies avant, pendant et après traitement à des fins d'éducation dentaire, et de publication soit sur le site internet du Centre Dentaire de Gatineau ou dans un article scientifique.

Signature patient(e) : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS ET ASSURANCES

Responsable des honoraires : Moi-même Conjoint(e) Parent : _____

Je, soussigné(e) _____ autorise le remboursement des assurances directement aux dentistes du Centre Dentaire de Gatineau. Je reconnais être entièrement responsable de toute balance due et autorise les dentistes à divulguer toute information clinique à des fins de réclamation.

Signature patient(e) : _____ Date : _____

Assurance primaire	Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Nom et prénom du titulaire		Date de naissance du titulaire	Relation du patient au titulaire	
			<input type="checkbox"/> Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
% Traitement de base	% Traitement majeur	% Orthodontie	Maximum à vie	Montant alloué par année
Intervalle des rappels	Unités de détartrage par année	Tarif de l'année	Franchise	Autres infos

Assurance secondaire	Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Nom et prénom du titulaire		Date de naissance du titulaire	Relation du patient au titulaire	
			<input type="checkbox"/> Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
% Traitement de base	% Traitement majeur	% Orthodontie	Maximum à vie	Montant alloué par année
Intervalle des rappels	Unités de détartrage par année	Tarif de l'année	Franchise	Autres infos