



BESANÇON ENDODONTIE

Fiche de Correspondance

1 DONNÉES ADMINISTRATIVES

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Praticien : _____

Patient adressé vers :

Dr. GOUET

Dr. BOISSEAU

Indifférent

2 DONNÉES CLINIQUES

Patient adressé pour la/les dent(s) n° :

___ Traitement endodontique initial

___ Retraitement endodontique

___ Apexification

___ Chirurgie endodontique

___ Traumatologie

___ Avis et prise en charge endodontique

Autres demandes :

Dépose des éléments prothétiques

Réalisation du logement canalaire

CBCT secteur : _____

Restauration coronaire envisagée :

3 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(Prescriptions, précédents soins, évolution, examens radiologiques, etc)

4 TRANSMISSION DU DOCUMENT

Document remis le : _____ Au patient Par mail à endobesac@gmail.com

