



BESANÇON ENDODONTIE

Fiche de Correspondance

1 DONNÉES ADMINISTRATIVES

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

N° SS : _____

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 canalair

CBCT secteur : _____

Restauration coronaire envisagée :

3 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

4 TRANSMISSION DU DOCUMENT

Document remis le : _____

Copie au patient

e-mail : _____

Par mail à endobesac@gmail.com

Par mail à endoboisseau@gmail.com

Par mail à endogouet@gmail.com