

a gentle approach to dental care



U DENTAL

1537 Merivale Road, Ottawa

## Renseignements et coordonnées

Nom/ Prénom:		Date de naissance:	
Adresse:			
Ville:		Prov:	Code postal:
Téléphone maison:		Cellulaire	
Courriel:			

## Antécédents médicaux

Pour nous assurer que l'on vous puisse vous procurer le meilleur traitement possible, veuillez s'il vous plait, remplir le questionnaire ci-dessous.

Nom de votre médecin traitant:		
Date de votre dernier examen médical:		
Êtes -vous ou pourriez être enceinte?	oui	non
Allaitez vous?	oui	non
Devez vous prendre des antibiotiques prophylactiques avant un traitement dentaire?	oui	non
si oui, pour quelle raison?		
SVP faites une liste de vos problèmes médicaux( ex: pression sanguine élevée, diabète, ...)		

Prenez vous actuellement des médicaments prescrits par votre médecin?

**Si oui, faites une liste des médicaments et de la raison pour laquelle vous les prenez.**

SVP, faites une liste de vos opérations chirurgicales ou de vos hospitalisations

SVP, faites une liste de vos allergies ( ex: penicilline, latex....)

SVP, expliquer la raison de votre visite aujourd'hui. SVP, indiquez la zone de votre bouche (droit/gauche/ haut/bas) et depuis combien de temps vous avez des symptômes.

*a gentle approach to dental care*



**U DENTAL**

1537 Merivale Road, Ottawa

## **Consentement au traitement**

Je, le (la) soussigné(e), comprends que les informations contenues dans le questionnaire médical et dentaire sont importantes pour mon traitement.

Je certifie que toutes les informations données sont correctes et que je n'en ai pas omis volontairement.

J'autorise ce cabinet dentaire à faire les examens nécessaires au diagnostique afin de déterminer le meilleur traitement.

Signature du patient

Date:

Signature du dentiste

Date:

## **Notre politique sur les assurances et les payments**

Bienvenue à U dental. Pour tout traitement d'urgence, nous demandons le règlement de la totalité des frais encourus le jour de la visite; et cela, quelque soit votre police d'assurance.

Si vous avez un régime d'assurance dentaire, nous soumettrons votre réclamation pour vous auprès de votre assurance et celle-ci vous remboursera directement.

Nous acceptons les paiements par Visa, Mastercard, Débit ou en espèces.

Veuillez noter que nous n'acceptons pas les chèques.

**Le patient est responsable du règlement de la totalité du solde de son compte quelque soit la couverture de son assurance.**

Il est de la responsabilité du patient de nous procurer les informations correctes de son contrat d'assurance. Il est aussi de la responsabilité du patient de connaître et de comprendre la couverture et les limitations de son régime d'assurance.

## **Consentement**

Je comprends et j'accepte la politique de paiement et d'assurance expliquée ci-dessus.

Je comprends que je suis responsable de paier le jour du soin pour la totalité des traitements

J'autorise la diffusion des informations nécessaires pour ma demande de remboursement de frais à ma compagnie d'assurance de façon électronique au travers du service CDAnet. Cette autorisation continuera jusqu'à l'annulation de celle-ci par le sous-signé.

Signature du patient:

Date: