

Docteur Alban POITEL
ORTHODONTISTE
1 place de la Libération
73000 CHAMBERY
Tél. : 04 79 75 15 00

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Date de la première consultation :

NOM et Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone du domicile :

Profession :

Tél. professionnel :

Dentiste traitant :

Médecin traitant :

Renseignements d'ordre médical ou général susceptibles d'être signalés :

Avez-vous déjà vu un orthodontiste ?

Avez-vous eu un traitement d'orthodontie antérieur ?

Nombre de semestres

Quelle est votre motivation pour un traitement :

Assuré :

NOM et Prénom :

Adresse, si elle est différente de la vôtre :

Téléphone, s'il diffère du votre :

Caisse primaire :

N° immatriculation :

Mutuelle complémentaire :

Date :

Signature :