



Jonathan Albilis, DMD, MSc Chirurgien buccal et maxillo-facial

Autre Spécialiste Chirurgie buccale maxillo-faciale

Firoozeh Samim, DMD, MSc Médecine et pathologie buccale

Date: _____ Référé(e) par/Referred by Dr. _____

Patient: _____ Age : _____ Tél: _____

Rendez-vous/Appointment: _____

Raison pour la référence / Reason for referral:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dents de sagesse / Wisdom Teeth | <input type="checkbox"/> Dental Implant(s) dentaire(s) |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie ortho / Jaw Surgery | <input type="checkbox"/> Chirurgie ATM / TMJ Surgery |
| <input type="checkbox"/> Exposition(s) & ancrage / Bonding | <input type="checkbox"/> Facial Pain – Dr. Samim |
| <input type="checkbox"/> Dental Extraction(s) dentaire(s) | <input type="checkbox"/> Esthétiques Facial(es) Esthetics |
| <input type="checkbox"/> Pathologie / Pathology | <input type="checkbox"/> Autre / Other |

Détaillez ci-dessous dans les Remarques / Details below in Remarks

Discuter la sédation / Discuss sedation

Radiographies / Radiographs: Avec patient / With patient
 Postées / Mailed – E-mailed
 Requises / Required

Remarques / Remarks:
