

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatible à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable_____
Date**Consentement et identification****J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance**_____
Signature du patient ou responsable_____
DateM. Mme _____
Nom en lettres mouléesPatient lui-même Parent/tuteur (si moins de 14 ans) Mandataire/responsable Autre **J'ai révisé le questionnaire et fait part de tous les changements.**_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date_____
Signature_____
Date