

## CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE DE RADIOGRAPHIES

Veillez compléter le formulaire ci-dessous si vous désirez qu'on obtienne les radiographies qui ont été prises par votre ancien dentiste. Vous pouvez nous remettre ce formulaire par fax, courrier, courriel, ou bien le livrer à la main avant votre prochain rendez-vous à notre clinique. De cette façon nous aurons la chance des les examiner avant de vous revoir.

<b>Ancienne clinique:</b>	
---------------------------	--

<b>Nom(s) et date(s) de naissance</b>	(1)
	(2)
	(3)
	(4)

Je consens à ce que mes radiographies ainsi que toute information pertinentes à celles-ci soient envoyées à:

**Chapel Hill Dental**  
 3400 ch. Innes Rd., Orléans, ON K1W 0G1  
 Tél.: 613.424.4241 Fax: 613.424.8887  
 Courriel: smile@chapelhilldental.ca

<b>Signature du Patient ou Tuteur:</b>	
<b>Date:</b>	

<p><b><u>TO BE COMPLETED BY THE COOPERATING OFFICE</u></b>  <b>Please provide the following additional information regarding the above-mentioned patient:</b></p>
---

<b>Date of last Complete Exam:</b>	
<b>Date of last Recall Exam:</b>	
<b>Date of last Panoramic Radiograph:</b>	
<b>Date of last Bite Wings:</b>	