

CONSENT FOR RELEASE OF X-RAYS

Please fill out the form below if you are coming to our office and would like for us to obtain x-ray records from a different office where you have been a patient. Please return the form to us via fax, mail, or e-mail prior to your appointment so that we may have time to obtain your records from your previous dentist before seeing you at our office.

Previous Office:	
-------------------------	--

Patient Name(s) & Date(s) of Birth	(1)
	(2)
	(3)
	(4)

I authorize and request that copies of my dental x-rays and associated information be released to:

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

Patient/Guardian Signature:	
Date:	

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

Date of last Complete Exam:	
Date of last Recall Exam:	
Date of last Panoramic Radiograph:	
Date of last Bite Wings:	

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.

Ancienne clinique:	
---------------------------	--

Nom(s) et date(s) de naissance	(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

Signature du Patient ou Tuteur:	
Date:	

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

Date of last Complete Exam:	
Date of last Recall Exam:	
Date of last Panoramic Radiograph:	
Date of last Bite Wings:	