

## **FICHE D'IDENTIFICATION DU PATIENT (ADULTE)**

**Date :** \_\_\_\_\_

**Nom de votre dentiste :** \_\_\_\_\_ **Nom du référent :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Âge :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** ( )M ( )F  
jour/mois/année

**Adresse au domicile :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone à la maison :** ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Téléphone cellulaire :** ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Téléphone au travail :** ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Adresse courriel :** \_\_\_\_\_

**Personne responsable des comptes :** \_\_\_\_\_

**L'adresse de la personne responsable :**  
**(si différente de la vôtre)** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postale :** \_\_\_\_\_

**Participez-vous à un plan d'assurance couvrant l'orthodontie?** \_\_\_\_\_

