

DÉCLARATION DU PATIENT

(S.V.P. veuillez imprimer le formulaire après l'avoir rempli ou écrire en lettre moulées)

Patient :

Nom

Prénom

Adresse :

Téléphone (résidence) :

Code

Numéro

Téléphone (travail):

Code

Numéro

Téléphone (cellulaire):

Code

Numéro

Date du traitement prodigué faisant
l'objet de votre réclamation

: _____

Date de la connaissance du fait

: _____

Est-ce la première fois que vous adressez une réclamation au dentiste
concernant ce traitement?

OUI

NON

Si non, à quelle date l'avez-vous adressée? _____

Personnes à contacter (autres que celles déjà inscrites sur les formulaires d'autorisation ci-joints):

Veillez inscrire le nom, adresse et numéro de téléphone de toute personne susceptible de fournir des renseignements pertinents à l'analyse de cette réclamation. (ex. : dentiste, denturologiste, professionnel de la santé que vous avez consultés dans le cadre des soins prodigués, etc.)

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone :

Code **Numéro**

Type d'information que cette personne peut fournir :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone :

Code **Numéro**

Type d'information que cette personne peut fournir :

(si nécessaire, veuillez continuer sur des feuilles supplémentaires)

