

# Réhabilitation implanto-portée

## PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance (J-M-A) : \_\_\_\_\_

## DENTISTES

### CHIRURGIE PRÉPARATOIRE

Nom : \_\_\_\_\_ Permis n° : \_\_\_\_\_

### POSE IMPLANTAIRE

Nom : \_\_\_\_\_ Permis n° : \_\_\_\_\_

### RESTAURATION PROSTHODONTIQUE

Nom : \_\_\_\_\_ Permis n° : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

---



---



---



---

Le présent document doit être conservé précieusement. Il contient des informations importantes sur le traitement que vous avez reçu. Ces informations seront essentielles pour toute évaluation ou intervention future relative à votre prothèse ou à son support implantaire. Veuillez le présenter à tout dentiste que vous serez appelé à consulter.

