

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.

