

Formule 3

CERTIFICAT D'HYGIÈNE BUCCALE

Nom du client : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

À REMPLIR PAR LE DENTISTE OU LE MÉDECIN : \_\_\_\_\_

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE : (au choix du patient)

- accepté :

- refusé :

EXAMEN BUCCAL : malformations visibles

tissu mou :

tissu dur :

RECOMMANDATIONS :

DENTISTE OU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ (signature)

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE : \_\_\_\_\_ M.D./D.D.S.

DENTUROLOGISTE : \_\_\_\_\_  
(signature)

CLIENT : \_\_\_\_\_  
(signature)

DATE : \_\_\_\_\_

Copie du denturologiste  
Copie du médecin ou du dentiste

NOTE : L'original est remis au denturologiste, et le médecin ou le dentiste garde une copie.