



TRUDENT CLINICS CONSENTEMENT À L'AUTORISATION MÉDICALE

Autorisation médicale pour un traitement dentaire

Date : _____ À l'attention de : _____
Cher, Chère Dr.
Notre patient mutuel,
est prévu pour les traitements dentaires suivants au sein de notre
cabinet :

Le patient a déclaré les affections suivantes :

Veillez examiner les antécédents médicaux de ce patient et nous indiquer s'il y a lieu de prendre des mesures particulières.

Prophylaxie antibiotique : Oui Non

Interruption du traitement anticoagulant : Oui Non

Pendant combien de temps avant et après le traitement ?

Restrictions en matière d'anesthésie : Oui Non

L'épinéphrine peut-elle être utilisée ? Oui Non

Type d'antibiotique autorisé / recommandé :

Type de médicament autorisé / recommandé :

Commentaires supplémentaires :

Nom du médecin (en lettres moulées)

Signature du
médecin

Date

Nous vous remercions de votre collaboration pour assurer une prise en charge optimale de ce patient.

Veillez demander la signature du médecin et envoyer un fax au +90 232

Anadolu Cad No:875, Cigli-Karsiyaka-Izmir, 35620-TR Téléphone +90 535 263 6022

www.trudentclinics.com