

- Dr. Lisane Paquette**
- Dr. Andrew Gaffen**
- No preference / Sans préférence**

Patient : _____
Name / Nom Telephone

Appt / R-v: _____
Date Time / Heure

Circle tooth to be evaluated / encerclez la dent à évaluer

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

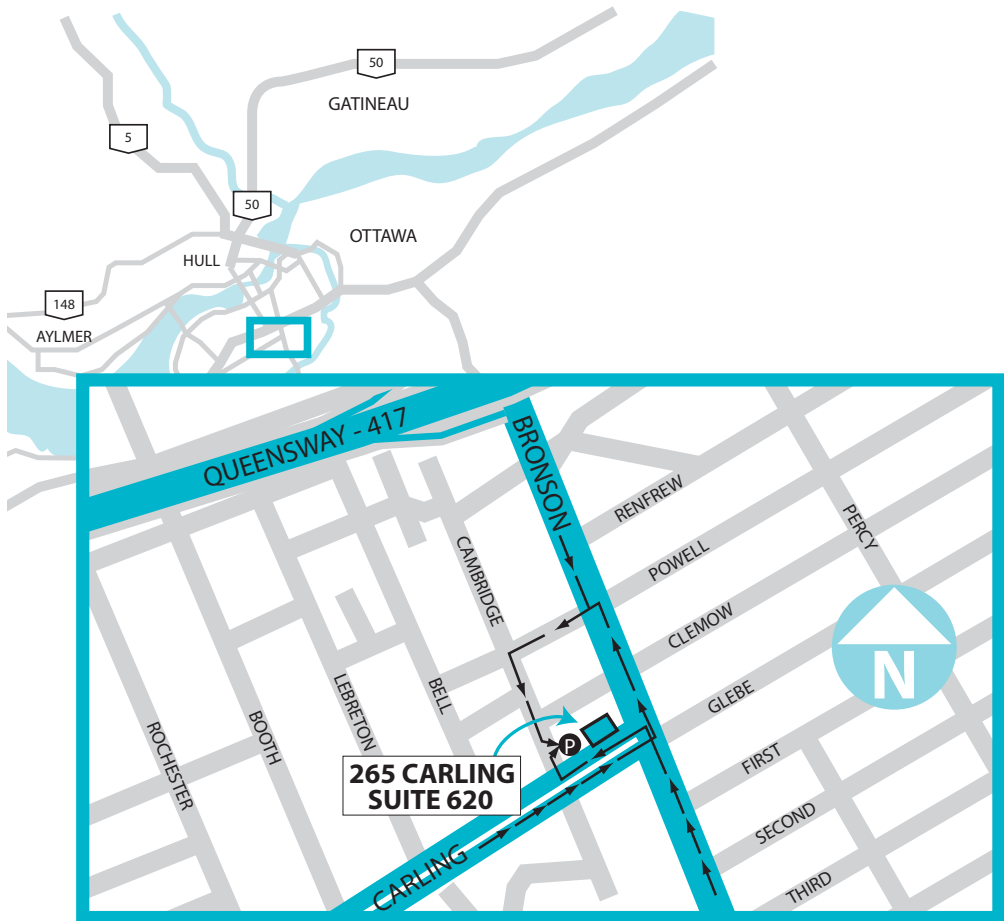
- Consultation
- Root canal treatment / traitement de canal
- Retreatment / retraitement
- Apical surgery / chirurgie apicale
- Trauma / traumatisme
- Possible fracture / fracture possible
- Previous root canal Tx / traitement de canal antérieur

Request post space / espace pivot requis : yes /oui no /non

Comments /commentaires : _____

Referred by /référé par Dr. : _____

Telephone Date



Parking/Stationnement:

We have three complimentary parking spaces available for our patients.
Nous avons trois places de stationnement gratuites pour notre clientèle.

Cancellation Policy/Politique d'annulation:

We require a 48 hour notice for any cancellation or changes to an appointment.

Un avis de 48 heures est requis pour toute annulation ou modification de rendez-vous.