



265 Carling Avenue, Suite 620
Ottawa, Ontario, Canada K1S 2E1
[t] 613. 238. 2463 [f] 613. 238. 2817
www.rootdocs.ca reception@rootdocs.ca

- Dr. Leo Lazare
- Dr. Lisane Paquette
- 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

PLEASE BRING THE DETAILS OF YOUR INSURANCE COVERAGE
VEUILLEZ APPORTER LE DÉTAIL DE LA COUVERTURE DE VOTRE ASSURANCE

Title : Referral pad
Size : 5.5" x 8.5"
Fonts : Futura EF book and demi-bold, converted to paths
Color : PMS 3125 logo and 80% grey text
Paper : superfine smooth ultrawhite 24lb
Coating : none
Design by : Y Design Studio, Yvonne Potter 613. 317. 0237
Date : October 4, 2012
Revisions : R1 as per Larisa's email Oct. 9/13 & Oct. 30