

Homme    Patient  
 Femme

Numéro de dossier

Date de naissance  
| j | j | m | m | a | a |

Dentiste

Téléphone

Adresse

**DATE ET HEURE M.E.B**  
| j | j | m | m | a | a | | h h : m m |

**JOURNÉE AVANT M.E.B**  
| j | j | m | m | a | a |

## Supérieur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

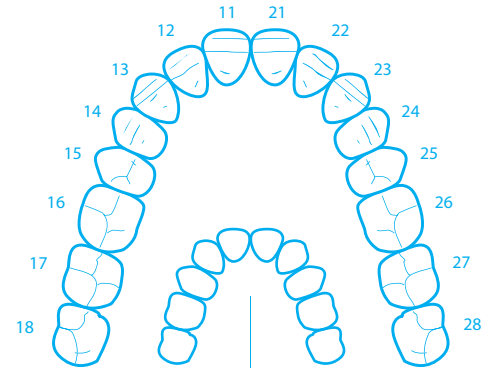
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Image à apposer : \_\_\_\_\_  
Couleur\* : \_\_\_\_\_

\* Consultez la charte de couleur au [labsummum.com](http://labsummum.com) dans la section « Orthodontie ».



## Inférieur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

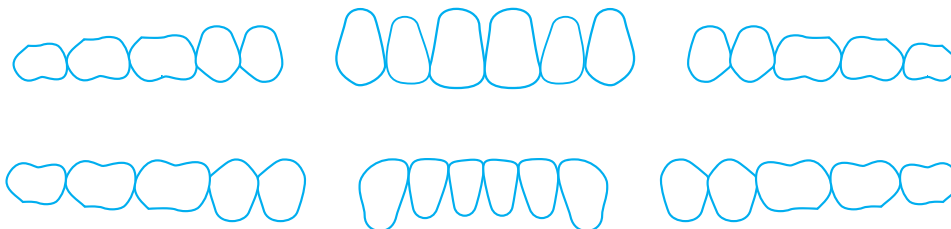
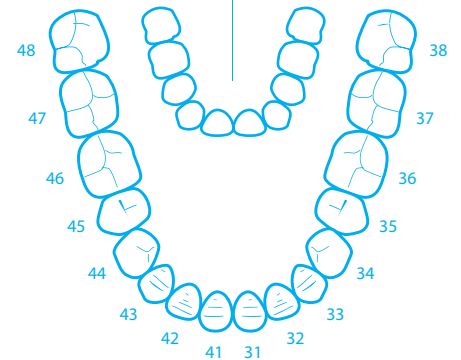
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Image à apposer : \_\_\_\_\_  
Couleur\* : \_\_\_\_\_

\* Consultez la charte de couleur au [labsummum.com](http://labsummum.com) dans la section « Orthodontie ».



À l'usage du lab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

No. de permis