

## Précautions COVID-19

Les Cabinets d'orthodontie BECKER & Associés prennent toutes les mesures nécessaires pour vous accueillir dans les **meilleures conditions d'hygiène** et assurer ainsi la **sécurité des patients, des orthodontistes et du personnel**.

OUI

NON

Avez-vous été **en CONTACT avec une PERSONNE ATTEINTE du COVID-19** durant ces 5 derniers jours

- Pendant plus de 15 minutes
- A moins de 2 mètres de distance
- Sans masque et autres protections

Je certifie par la présente que **ces informations sont sincères et exactes**, et que je ne suis **pas atteint(e)** du COVID-19 à ma connaissance.

Date :

Nom/Prénom du Patient

Signature (patient ou responsable du patient)

## Précautions COVID-19

Les Cabinets d'orthodontie BECKER & Associés prennent toutes les mesures nécessaires pour vous accueillir dans les **meilleures conditions d'hygiène** et assurer ainsi la **sécurité des patients, des orthodontistes et du personnel**.

OUI

NON

Avez-vous été **en CONTACT avec une PERSONNE ATTEINTE du COVID-19** durant ces 5 derniers jours

- Pendant plus de 15 minutes
- A moins de 2 mètres de distance
- Sans masque et autres protections

Je certifie par la présente que **ces informations sont sincères et exactes**, et que je ne suis **pas atteint(e)** du COVID-19 à ma connaissance.

Date :

Nom/Prénom du Patient

Signature (patient ou responsable du patient)