

DENTAL AMALGAM RADIOGRAPH VERIFICATION FORM

Candidate First Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Candidate Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I, _____, attest that these radiographs are a true and accurate representaton of the
(Candidate #)
clinical condition of _____ whom is being presented for
(Patient's Name)
treatment and that the radiographs have not been altered in anyway.

DATED THIS _____ DAY OF _____, 20 ____.

FOLLOW-UP CARE PROVIDER INFORMATION

Patient First Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patient Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Physical Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State or Province

--	--

Zip Code

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Daytime Phone Number

(

--	--	--

)

--	--	--

 -

--	--	--	--	--

In the event my patient will need follow-up care proceeding the examination, the following practitioner or facility will be providing such care:

First Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Facility Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Physical Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State or Province

--	--

Zip Code

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Daytime Phone Number

(

--	--	--

)

--	--	--

 -

--	--	--	--	--