خطة علاج الأسنان

العيادة / الطبيب

التاريخ

المريض

تاريخ الميلاد

الهاتف

#	السن	التشخيص	الإجراء	التكلفة التقديرية	الحالة
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

الإجمالي التقديري

المدفوع حتى الآن

المتبقي

ملاحظات والبدائل التي نوقشت

توقيع المريض

توقيع الطبيب