Plán zubní léčby

Ordinace / zubař _____

Datum _____

Pacient _____

Datum narození _____

Telefon _____

#	Zub	Diagnóza	Výkon	Odhad. cena	Stav
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Odhadovaný celkem _____

Dosud zaplaceno _____

Zůstatek _____

Poznámky a projednané alternativy

_____

_____

Podpis pacienta _____

Podpis zubaře _____