Οδοντιατρικό θεραπευτικό σχέδιο

Ιατρείο / οδοντίατρος _____

Ημερομηνία _____

Ασθενής _____

Ημερομηνία γέννησης _____

Τηλέφωνο _____

#	Δόντι	Διάγνωση	Πράξη	Εκτ. κόστος	Κατάσταση
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Εκτιμώμενο σύνολο _____

Πληρωθέν μέχρι σήμερα _____

Υπόλοιπο _____

Σημειώσεις και εναλλακτικές που συζητήθηκαν

_____

_____

Υπογραφή ασθενούς _____

Υπογραφή οδοντιάτρου _____