Plan de traitement dentaire

Cabinet / dentiste _____ **Date** _____ **Patient** _____

Date de naissance _____ **Téléphone** _____

N°	Dent	Diagnostic	Acte	Coût est.	Statut
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Total estimé _____ **Payé à ce jour** _____ **Solde** _____

Notes et alternatives discutées

_____

_____

Signature du patient _____ **Signature du dentiste** _____