Plan stomatološke terapije

Ordinacija / stomatolog **Datum** **Pacijent**

Datum rođenja **Telefon**

#	Zub	Dijagnoza	Zahvat	Procij. cijena	Status
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Procijenjeni ukupni iznos **Plaćeno do sada** **Preostalo**

Napomene i razmotrene alternative

Potpis pacijenta **Potpis stomatologa**