Piano di trattamento odontoiatrico

Studio / dentista _____

Data _____

Paziente _____

Data di nascita _____

Telefono _____

N.	Dente	Diagnosi	Procedura	Costo stim.	Stato
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Totale stimato _____

Pagato finora _____

Saldo _____

Note e alternative discusse

_____

_____

Firma del paziente _____

Firma del dentista _____