Plan leczenia stomatologicznego

Gabinet / dentysta _____

Data _____

Pacjent _____

Data urodzenia _____

Telefon _____

Lp.	Ząb	Rozpoznanie	Zabieg	Szac. koszt	Status
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Szacowana suma _____

Dotychczas zapłacono _____

Saldo _____

Uwagi i omówione alternatywy

_____

_____

Podpis pacjenta _____

Podpis dentysty _____