Plan de tratament stomatologic

Cabinet / medic stomatolog **Data** **Pacient**

Data nașterii **Telefon**

Nr.	Dinte	Diagnostic	Procedură	Cost est.	Stare
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Total estimat **Achitat până acum** **Rest de plată**

Note și alternative discutate

Semnătura pacientului **Semnătura medicului**