План стоматологического лечения

Клиника / врач _____

Дата _____

Пациент _____

Дата рождения _____

Телефон _____

№	Зуб	Диагноз	Процедура	Ориент. цена	Статус
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Ориентировочный итог _____

Оплачено _____

Остаток _____

Заметки и обсуждённые альтернативы

_____

_____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____