Diş tedavi planı

Klinik / diş hekimi _____ **Tarih** _____ **Hasta** _____

Doğum tarihi _____ **Telefon** _____

#	Diş	Tanı	İşlem	Tahmini ücret	Durum
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Tahmini toplam _____ **Ödenen** _____ **Kalan** _____

Notlar ve konuşulan alternatifler

_____

_____

Hasta imzası _____ **Diş hekimi imzası** _____