План стоматологічного лікування

Кабінет / лікар _____

Дата _____

Пацієнт _____

Дата народження _____

Телефон _____

№	Зуб	Діагноз	Процедура	Орієнт. вартість	Статус
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Орієнтовна загальна сума _____

Сплачено на сьогодні _____

Залишок _____

Примітки та обговорені альтернативи

_____

_____

Підпис пацієнта _____

Підпис лікаря _____