Kế hoạch điều trị nha khoa

Phòng khám / nha sĩ _____

Ngày _____

Bệnh nhân _____

Ngày sinh _____

Điện thoại _____

STT	Răng	Chẩn đoán	Thủ thuật	Chi phí ước tính	Trạng thái
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Tổng ước tính _____

Đã thanh toán _____

Còn lại _____

Ghi chú và các lựa chọn đã trao đổi

_____

_____

Chữ ký bệnh nhân _____

Chữ ký nha sĩ _____