

Zahnärztlicher Behandlungsplan

Praxis / Zahnarzt

Datum

Patient

Geburtsdatum

Telefon

Nr.	Zahn	Befund	Maßnahme	Gesch. Kosten	Status
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Geschätzte Summe

Bisher gezahlt

Offener Betrag

Notizen und besprochene Alternativen

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt