

Plan de traitement dentaire

Cabinet / dentiste

Date

Patient

Date de naissance

Téléphone

N°	Dent	Diagnostic	Acte	Coût est.	Statut
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Total estimé

Payé à ce jour

Solde

Notes et alternatives discutées

Signature du patient

Signature du dentiste