

Plan leczenia stomatologicznego

Gabinet / dentysta

Data

Pacjent

Data urodzenia

Telefon

Lp.	Ząb	Rozpoznanie	Zabieg	Szac. koszt	Status
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Szacowana suma

Dotychczas zapłacono

Saldo

Uwagi i omówione alternatywy

Podpis pacjenta

Podpis dentysty