

Piano di trattamento odontoiatrico

Studio / dentista

Data

Paziente

Data di nascita

Telefono

N.	Dente	Diagnosi	Procedura	Costo stim.	Stato
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Totale stimato

Pagato finora

Saldo

Note e alternative discusse

Firma del paziente

Firma del dentista