

ПЛАН НА ЛЕЧЕНИЕ

ДАТА: _____

ПАЦИЕНТ: _____

(пълни имена, ЕГН, постоянен адрес)

ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА: _____

(пълни имена, БУЛСТАТ)

АНАМНЕЗА: _____

ОГЛЕД: _____

ДИАГНОЗА: _____

ПРЕДЛОЖЕНО ЛЕЧЕНИЕ: _____

СРОК НА ЛЕЧЕНИЕТО: _____

СТОЙНОСТ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

ОБЩА СТОЙНОСТ: _____ лева.

НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ:

- наведнъж ☐
- по схема, както следва: ☐

дата	сума	Платена от /подпис/	Платена на /подпис/

Насрочване на следващи контролни прегледи през:

- 3 месеца ☐
- 6 месеца ☐
- 12 месеца ☐
- друг период _____

С подписването на настоящия лекарят се съгласява да извърши предложеното лечение, а пациентът го одобрява и се съгласява да заплати договорената цена.

ПАЦИЕНТ: _____

(три имена и подпис)

ДЕНТАЛЕН ЛЕКАР: _____