

# 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 документ 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: \_\_\_\_\_