DATA COMPLETARII:

ANUL……..LUNA……..ZIUA……

DR. ……

FISA DE TRATAMENT STOMATOLOGIC NR.:_____

Numele:……Prenumele:……CNP:……
Domiciliul:judetul……..localitatea……str. ……
Nr.……tel:fix:……..mobil:……
Antecedente heredo-colaterale:……..
Antecedente personale:……
……
……
Motivele prezentarii:……
Examen dento-parodontal:

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 **5.5 5.4 5.3 5.2 5.1**	**2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8** **6.1 6.2. 6.3 6.4 6.5**
8.5 8.4 8.3 8.2 8.1 **4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1**	**7.1 7.2 7.3 7.4 7.5** **3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8**

Plan de tratament:……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

TRATAMENT

Sedinta Nr.	Data	Regiunea tratata si diagnosticul	Tratamentul efectuat	OBS.