

PHIẾU ĐIỀU TRỊ NHA KHOA


PHẦN A – THÔNG TIN KHÁCH HÀNG:

Họ tên Người được bảo hiểm (bệnh nhân):		Giới tính:
Ngày sinh:	Số Hợp đồng bảo hiểm:	Mã số Người được bảo hiểm:
Họ tên Bên mua bảo hiểm:		


PHẦN B: CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ (do bác sĩ nha khoa điền):

Ngày điều trị	Loại hình điều trị	Số răng được điều trị	Phí điều trị
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____


Vui lòng đánh dấu số răng được điều trị hoặc vùng miệng được điều trị trên biểu đồ sau:




PHẢI _____



MÔI



LƯỠI _____



MÔI

TRÁI

Họ Tên Nha sĩ: _____

Địa chỉ: _____

Số ĐT: _____

E-mail: _____

Chữ ký của Nha sĩ:

Ngày: _____