



ใบประเมินค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... HN

วันที่นัดรักษา

ลำดับที่	รายการค่ารักษาพยาบาล	จำนวน (ซี่)	จำนวนเงิน
1	ถอนฟัน		
2	อุดฟัน Amalgam		
3	อุดฟัน Composite		
4	รักษารากฟัน (Pulpotomy)		
5	รักษารากฟัน (Pulpectomy)		
6	ขูดหินปูน		
7	ครอบฟันด้วยโลหะไร้สนิม		
8	ครอบฟันด้วย Strip crown		
9	ขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์		
10	บูรณะฟันโดยการทำให้ PRR		
11	พนักหลุมร่องฟัน		
12	ใส่เครื่องมือกันช่องว่าง		
13	ค่าบริการทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ		
14	ค่าบริการทันตกรรมภายใต้การกินยาคลายกังวล		
15	ค่า X-Ray		
	รวม		

ผู้ป่วยใช้สิทธิ์

- เบิกได้
- เข้าโครงการเด็กโรคทางระบบ
- ใช้สิทธิ์บัตรทอง
- จ่ายเงินเอง

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน

วันที่.....