

Auftrag für AuraSchiene

Praxisstempel



ORTHOS
Fachlabor für Kieferorthopädie GmbH & Co. KG
Berner Str. 23 | Über der Nonnenwiese 7
60437 Frankfurt | 99428 Weimar
Tel: 069-7191000 | Tel: 03643-80800
www.orthos.de | info@orthos.de

Patient

Nachname _____

Vorname _____

Auftragsnr. für XML-Datei _____

Auftragsdatum _____

Krankenkasse _____

männlich

weiblich

Geburtsdatum _____

Anlagen (bitte alle beigefügten Unterlagen beschriften!)

OK-/UK-Modelle

Situationsbiss

Konstruktionsbiss

Bissregistrator

Scan

Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

Konstruktion wird der Laborleitung übertragen für:

Adjustierte Schiene standard mit
Front- und Eckzahnführung

Michiganschiene

Zentrikschiene

Deprogrammer-Schiene

Sonstige: _____

Bitte prothetische Versorgungen eintragen:
Kronen (K), Brücken (B), Implantate (I)

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Bemerkungen _____

Termin _____

Es gelten die „AGBs des Zahntechnikerhandwerks“.

orthos.de