

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ m w

Geburtsdatum _____

Kassenübernahme Selbstzahler Privatversichert

Datum _____

Über der Nonnenwiese 7
99428 Weimar
Tel. 03643-8080-0
weimar@orthos.de

XML: _____

www.schlafharmonie.de

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

Praxis

Kostenvoranschlag

- LunaSol**
- IST-Gerät
- EMA-Schiene
- TAP-T
- Dream-TAP
- NOA-Gerät
- Bestmögliche Apparatur, keine Präferenz

Auftrag zur Herstellung

- FORWARD-Schiene
- Folgende Apparatur: _____

Orthos erhält anbei folgende Unterlagen:

- Modelle
- Protrusionsbiss (notwendig)
- Intraoral-Scan (an daten@orthos.de oder über alle gängigen Scan-Portale unter „Orthos“)
- Die maximal mögliche Protrusion beträgt (gemessen 1er OK zu 1er UK): _____ Millimeter
- Sonstiges: _____
- Telefonische Rücksprache erwünscht

Hinweise zur Therapie

- Der Patient war im Schlaflabor, es wurde folgender AHI festgestellt:.....

Sonstiges: _____

Liefertermin (falls gewünscht): _____