



Patient/in \_\_\_\_\_

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_  m  w

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kassenübernahme  Selbstzahler  Privatversichert

Datum \_\_\_\_\_

ORTHOS Austria GmbH  
Am Rosendorn 17A  
A-2345 Brunn am Gebirge  
Tel.: 02236-384232  
info@orthos-austria.at

[www.schlafharmonie.de](http://www.schlafharmonie.de)

XML: \_\_\_\_\_

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](mailto: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): \_\_\_\_\_