

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ m w

Geburtsdatum _____

Kassenübernahme Selbstzahler Privatversichert

Datum _____

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

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

Bestmögliche Apparatur, keine Präferenz

IST-Gerät

NARVAL

EMA-Schiene

FORWARD-Schiene

TAP-T

Dream-TAP

NOA-Gerät

Folgende Apparatur: _____

Auftrag zur Herstellung

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): _____