

Auftrag für Funktionsschiene

Patient/in _____

Berner Str. 23
60437 Frankfurt/M.
Tel. 069-719100-0
info@orthos.de

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

Patienten-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Datum _____

www.auraschiene.de

XML: _____

Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

Sparen Sie sich den Papierkram –
Aufträge über unser KundenPortal anlegen:

www.orkomm.de

ORKomm



Praxis

Anlagen – Bitte alle Unterlagen beschriften!

OK-/UK-Modelle

Scan

Bissregistrator

Abformungen OK/UK

Situationsbiss

Sonstiges

Art der Aufbissschiene

Adjustierte **AuraSchiene** (Nylon weiß – Für jedes Schienensystem möglich)

Adjustierte Aufbissschiene (Michiganschiene, transparent gefräst)

Sonstiges _____

Tiefgezogene Schiene ohne Adjustierung

Herstellen im:

OK

UK

Keine Präferenz

Bemerkungen:

Liefertermin (falls gewünscht): _____

Aura[®]
SCHIENE