

Patient/in _____

Geburtsdatum _____

Patienten-Nr. _____

 m w Selbstzahler Privatversichert

Praxis

Der Patient ist einverstanden, bitte die HarmonieSchiene gemäß vorliegender Kostenplanung herstellen:

HarmonieSchiene anfertigen wie geplant: OK UK Passende SepiPolierer[®] bitte mitliefern! Intraoral-Scan haben wir bereits gesendet: per WeTransfer an daten@orthos.de über das ORKom KundenPortal Sirona Connect Case Center 3shape Communicate Carestream Connect Bitte rufen Sie uns zurück! Eine SEPA-Lastschrift zum Einzug der Rechnungen haben wir Ihnen bereits erteilt.

Die Therapie ist erfolgreich beendet. Das erreichte Ergebnis soll nun nachhaltig gesichert werden:

 Stellen Sie bitte folgende Retentionsmaßnahmen her:OK: Retentionsschiene Kleberretainer* andere: _____UK: Kleberretainer* Retentionsschiene andere: _____**Am Besten mit dem RotkäppchenRetainer[®] von Orthos!*

Sonstiges: _____

Liefertermin (falls gewünscht): _____

Berner Str. 23
60437 Frankfurt/M.
Tel.: 069-719100-0Über der Nonnenwiese 7
99428 Weimar
Tel.: 03643-8080-0
info@harmonieschiene.de weimar@orthos.de
www.harmonieschiene.de