

# Auftrag

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

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kassenübernahme  Selbstzahler  Privatversichert Datum \_\_\_\_\_

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

Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

ORTHOS AG  
Bahnhofstrasse 4  
6340 Baar  
Tel.: 041-500 64 88  
info@orthos-ag.ch  
**lunasol-orthos.de**

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



Praxis

**Kostenvoranschlag**     **Auftrag zur Herstellung**

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

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

**Hinweise zur Therapie**

Der Patient war im Schlaflabor, es wurde folgender AHI festgestellt: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liefertermin** (falls gewünscht): \_\_\_\_\_