

Patient/in _____

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

Patienten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Kassenübernahme Selbstzahler Privatversichert Datum _____

lunasol-orthos.de

XML: _____

Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

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): _____