

# Auftrag

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

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

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

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

☐ Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

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

[www.orkomm.de](http://www.orkomm.de)



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:

☒ **Protrusionsbiss** (notwendig) ☐ Modelle

☐ Intraoral-Scan (an [daten@orthos.de](mailto:daten@orthos.de) oder über  
alle gängigen Scan-Portale unter „Orthos“)

## ☒ Orthos Bissgabelwerte:

Ruheschwebelage: \_\_\_\_\_ mm

Maximale Retrusion: \_\_\_\_\_ mm

Maximale Protrusion: \_\_\_\_\_ mm

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 |

**Registriert bei:** \_\_\_\_\_ mm

☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

☐ Telefonische Rücksprache erwünscht

## Hinweise zur Therapie

Reproduzierbare Mittellinienabweichung in Protrusion: ☐ Ja ☐ Nein

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

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