

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

☐ Kassenübernahme ☐ Selbstzahler ☐ Privatversichert Datum _____

XML: _____

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

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

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:

☒ **Protrusionsbiss** (notwendig) ☐ Modelle

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

☒ Orthos Bissgabelwerte:

Ruheschwebelage: _____ mm

Maximale Retrusion: _____ mm

Maximale Protrusion: _____ mm

Bitte prothetische Versorgung 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): _____