

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

☐ Kassenübernahme ☐ Selbstzahler ☐ Privatversichert Datum _____

XML: _____

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

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

www.schlafharmonie.de

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

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:

- ☐ 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): _____