

Auftrag

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Kassenübernahme Selbstzahler Privatversichert Datum _____

XML: _____

Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

ORTHOS AG
Rathausstrasse 14
6341 Baar
Tel.: 041-500 64 88
info@orthos-ag.ch
www.schlafharmonie.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): _____