

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 \_\_\_\_\_

[www.schlafharmonie.de](http://www.schlafharmonie.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](mailto: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): \_\_\_\_\_