

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

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_  m  w  Selbstzahler  Privatversichert

Praxisname \_\_\_\_\_

...oder Praxisstempel

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

## 1. Herstellung

**Der Patient ist einverstanden, bitte die HarmonieSchiene gemäß vorliegender Kostenplanung herstellen:**

HarmonieSchiene anfertigen wie geplant:  OK  UK Passende SepiPolierer<sup>®</sup> bitte mitliefern! Intraoral-Scan haben wir bereits gesendet: per WeTransfer an [daten@orthos.de](mailto:daten@orthos.de) über das ORKomm KundenPortal über eines der Portale: Sirona Connect Case Center 3shape Communicate Carestream Connect iTero Shining 3D Bitte rufen Sie uns zurück! Eine SEPA-Lastschrift zum Einzug der Rechnungen haben wir Ihnen bereits erteilt.

## 2. Weitere Therapiemaßnahmen

**Das geplante Therapieziel ist noch nicht erreicht.**

 Bitte weitere HarmonieSchiene anfertigen.

## 3. Retention

**Die Therapie ist erfolgreich beendet. Das erreichte Ergebnis soll nun nachhaltig gesichert werden:**

 Stellen Sie bitte folgende Retentionsmaßnahmen her:OK:  Retentionsschiene Kleberretainer\* andere: \_\_\_\_\_UK:  Kleberretainer\* Retentionsschiene andere: \_\_\_\_\_

*\*Am Besten mit dem RotkäppchenRetainer<sup>®</sup> von Orthos!*

## Sonstiges:

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