

Auftrag für Funktionsschiene

Patient/in _____

Patienten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Datum _____

XML: _____ Bitte papierlose Abwicklung / alle Unterlagen nur per Mail senden!

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

www.orkomm.de

ORKomm



Praxis

Anlagen – Bitte alle Unterlagen beschriften!

- | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OK-/UK-Modelle | <input type="checkbox"/> Scan | <input type="checkbox"/> Bissregistrator |
| <input type="checkbox"/> Abformungen OK/UK | <input type="checkbox"/> Situationsbiss | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Art der Aufbissschiene

- Adjustierte **AuraSchiene** (Nylon weiß – Für jedes Schienensystem möglich)
- Adjustierte Aufbissschiene (Michiganschiene, transparent gefräst)
- Sonstiges _____
- Tiefgezogene Schiene ohne Adjustierung

Herstellen im: OK UK Keine Präferenz

Bemerkungen: _____

Liefertermin (falls gewünscht): _____

Aura[®]
SCHIENE