

Auftrag

Patient/in

IV-/SUVA-/MV-Patient (Adresse angeben)

Geburtsdatum _____

Abgangsdatum _____

Fertigstellung _____

Studienmodell Gips Gedruckt

OrthoFolio[®] Nur KV OK UK

Platte OK UK

Frontaufbiss seitlicher Aufbiss

Dehnschraube

Ret. Monoblock Monoblock (andere)

Retainer CAD/CAM Retainer

OK

4 3 2 1 1 2 3 4

UK

FDA CAD/CAM FDA

Zieldehnung _____ mm

AufbissSchiene[®] CAD/CAM Aufbiss

SportSchutz[®]

SomnoSwiss[®] Schlafschiene

Positioner

Andere _____

Farbe/Sujet/Thema _____

Bemerkungen

Praxis

PRAXIS
KOPIE

Beilagen

Abdrucklöffel OK: _____ UK: _____

Anzahl Modelle _____

Scan _____

