

# Auftrag

Patient/in

Praxis

PRAXIS  
KOPIE

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Abgangsdatum \_\_\_\_\_

Fertigstellung \_\_\_\_\_

Studienmodell  Gips  Gedruckt

OrthoFolio<sup>■</sup>  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<sup>■</sup>  CAD/CAM Aufbiss

SportSchutz<sup>■</sup>

SomnoSwiss<sup>■</sup> Schlafschiene

Positioner

Andere \_\_\_\_\_

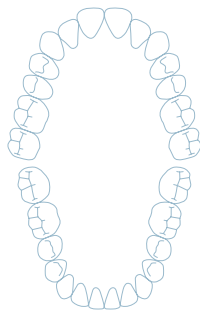
Farbe/Sujet/Thema \_\_\_\_\_

## Beilagen

Abdrucklöffel OK: \_\_\_\_\_ UK: \_\_\_\_\_

Anzahl Modelle \_\_\_\_\_

Scan \_\_\_\_\_



## Bemerkungen