

Hier bitte unbedingt das **Patienten-ID-Etikett** aufkleben:

Dieses Patienten-ID-Etikett dient der eindeutigen Auftragsverfolgung. Sie erhalten mit der Rücksendung Etiketten in ausreichender Anzahl.

FL-Auftragsnummer

Bitte unbedingt die **FL-Auftragsnummer** – bei Beauftragung einer **Knirscherschiene** – am besten ausgedruckt beilegen, aufkleben oder hier ergänzen:

Die E-Mail-Adresse ist für den XML-Versand von GKV-Patienten zwingend erforderlich. Bitte ergänzen: _____

1**Praxis/Patient:**

Vorn./Name d. Patienten: _____

Geschlecht: M ☐ W ☐ D ☐ Geb. _____

Versicherungsstatus: ☐ GKV ☐ PKV ☐ Selbstzahler ☐ Beihilfe

Wunschtermin: _____

Praxisstempel

☐ Bitte kontaktieren Sie uns zunächst telefonisch. Ansprechpartner: (möglichst Name des Behandlers) _____

2**Unterlagen:**

Abdrücke: ☐ OK ☐ UK

Modelle: ☐ OK ☐ UK

Altgerät: ☐ OK ☐ UK

Individuelles Registrat: ☐

Registrat der Lateralbewegung: ☐

Orthopantomogramm: ☐

Wachsbiss in Schlussbissstellung: ☐

Konstruktionsbiss: ☐

Modelle bitte: Sockeln ☐ Duplizieren ☐ Trimmen ☐

Auf beiliegenden Modellen arbeiten ☐

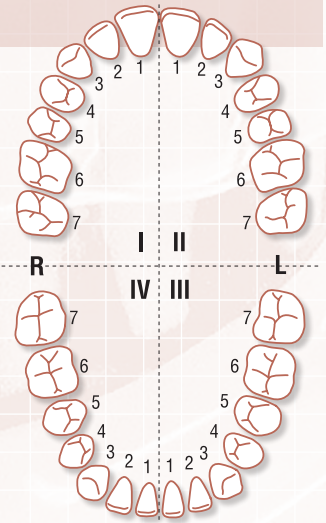
Nach beiliegenden Abdrücken arbeiten ☐

Wenn vorhanden, alle Bänder, Brackets, Tubes etc. radieren ☐

3**Zahnstatus und anamnestische Angaben:**

Wir bitten in nebenstehendes Zahnschema Besonderheiten zu markieren:

Relevante weitere Angaben (eingeschränkte Mundatmung, Zunge, Zungenfunktion, etc.):

**4****Schienenausführung**

Bitte fertigen Sie:

Knirscherschiene

Ausführung Tiefziehverfahren ☐ weich ☐ hart **oder** Silikon (weichbleibend + adjustiert) ☐

Bitte fertigen Sie:

Ortho-Sport Protector (nach Prof. Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann)

Protector ☐ **Farbwahl s. Spangendesignkarte**

Nr. der Farbe _____ Nr. des Motivs _____

Name des Patienten einlegen ☐

Protector MB ☐ **Farbwahl s. Spangendesignkarte**

(für Patienten mit Multiband)

Nr. der Farbe _____ Nr. des Motivs _____

Name des Patienten einlegen ☐

☐ Ich möchte Ihren Anpassungsservice in Anspruch nehmen

5**Meine speziellen Gerätewünsche**

☐ Bitte senden Sie mir weitere Exemplare dieses Auftragsformulars

Frankfurt am Main:

Fachlabor Dr. W. Klee GmbH
Vilbeler Landstraße 3-5, 60386 Frankfurt, Germany
Telefon +49 69 94221-0

www.kfo-klee.de – info@kfo-klee.de

Potsdam:

Fachlabor Dr. W. Klee GmbH
Rudolf-Moos-Straße 176, 14482 Potsdam, Germany
Telefon +49 331 55070-0

www.kfo-klee.de – info@kfo-klee.de

Hamburg:

Labor Dr. F. W. Selbach GmbH & Co. KG
Beutnerring 9, 21077 Hamburg, Germany
Telefon +49 40 761044-0

www.selbach.de – info@selbach.de