



Labor Dr. F. W. Selbach GmbH + Co. KG, Fachlabor für Kieferorthopädie, Beutnering 9, 21077 Hamburg
Tel. 040 - 76 10 44-0, Fax 040 - 76 10 44 63, info@selbach.de, www.selbach.de

Vorn./Name d. Patienten _____

Geschlecht: w m Geb.-Datum _____

Versicherungsstatus: GKV: PKV: Selbstzahler:

Wunschtermin: _____

Bitte kontaktieren Sie uns zunächst telefonisch

Ansprechpartner _____ (möglichst Name des Behandlers)

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

Dieses Patienten-ID-Etikett dient der eindeutigen Auftragsverfolgung. Sie werden dann mit der Rücksendung Ihres Erstauftrages eine genügend grosse Anzahl erhalten. Weitere Patientenangaben sind dann nicht mehr erforderlich.

Praxisstempel

Mitgelieferte Unterlagen

- | | | | |
|---|--|--|--|
| Abdrücke:
<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK | Individuelles Registrat: <input type="checkbox"/>
Registrat der Lateralbewegung: <input type="checkbox"/> | Orthopantomogramm: <input type="checkbox"/>
Fernröntgenseitenaufnahme: <input type="checkbox"/> | Wachsbiss in Schlussbissstellung: <input type="checkbox"/>
Konstruktionsbiss: <input type="checkbox"/> |
| Modelle:
<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK | Setup soll im Mittelwertartikulator erstellt werden: <input type="checkbox"/> | Modelle bitte:
Duplizieren <input type="checkbox"/> Sockeln <input type="checkbox"/> Trimmen <input type="checkbox"/> | Nach beiliegd. Abdrücken arbeiten <input type="checkbox"/>
Wenn vorhanden, alle Bänder, Brackets, Tubes etc. radieren <input type="checkbox"/>
Originalzahnkränze zurückschicken <input type="checkbox"/> |
| Altgeräte:
<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK | | Auf beiliegd. Modellen arbeiten <input type="checkbox"/> | |

Zahnstatus und anamnestische Angaben

Sonstige Besonderheiten und relevante Angaben:

Apparatekonstruktion für Geräte mit Setup:

Bitte fertigen Sie:

- Setup: Setup komplett Nein, nur die bezeichneten Zähne aufstellen: R

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 L Nur diagnostisches Setup Kein Setup, nur Gerät

SiloFlex Aligner (Positioner) SiloFlex Finisher Unomaxillärer Schienenpositioner ELASTO-Gerät Typ: _____

Die Anfertigung des Setups und des geeigneten Gerätes wird der Erfahrung der Laborleitung anvertraut.

Apparatekonstruktion für Geräte ohne Setup:

Bitte fertigen Sie:

Standardknirscherschiene: weich hart Weichbleibende SiloFlex-Knirscherschiene Retentionschiene
Selo ACTIVE Mundschutz: (Sportart): _____

Die Ausführung dieses Gerätes wird der Erfahrung der Laborleitung anvertraut.

Meine speziellen Wünsche zur Aufstellung des Setups:

Zahnbogen Transversal:

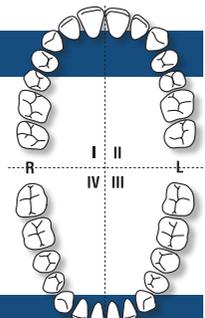
OK UK
nicht verändern:
weiter machen:
enger machen:

Oklusale Ebene:

nicht verändern:
völlig flach:
geringe Spee'sche Kurve
ausgeprägte Spee'sche Kurve

Detailangaben für zu bewegende Zähne (mm/Grad):

z.B. Verlängern, Verkürzen, Rotation, Kippungen, Torque etc.



Meine speziellen Gerätewünsche:

SiloFlex ELASTO-KFO-Geräte:

Aligner: (Im Mund keine Brackets, Buttons oder Headgear)

- elastisch – Shorehärte 70 (entspricht Standardpositioner)
 superelastisch – Shorehärte 50 (entspricht SiloFlex Aligner)

Bitte kontaktieren Sie mich bezüglich Farbwahl

Finisher: (Restkorrektur über im Mund belassene Brackets)

Brackets belassen an:

R

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 L

Unomaxillärer

Schienenpositioner (nur in klar erhältlich)

Copyplast: OK 1 mm 1,5 mm

UK 1 mm 1,5 mm

Bioplast: OK 2 mm UK 2 mm

Bitte senden Sie mir weitere ELASTO-KFO-Geräte KFO-Geräte Beratungsservice

Auftragsformulare für: medi-sleep Schnarchtherapie aesthetic liner transparente Korrekturschiene