

AUFTRAGSFORMULAR

Zu den Bedingungen des neuesten Leistungsverzeichnisses

Patientenangaben

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!)

Praxisstempel

Name/Vorn. Patient _____ Geschlecht: M W D

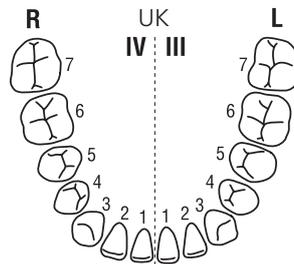
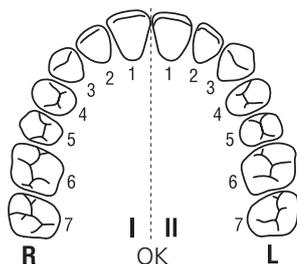
Geb. _____ Versicherungsstatus: PKV Selbstzahler Beihilfe

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

Abdrücke: Modelle: Orthopantomogramm: Modelle bitte: Sockeln Duplizieren Trimmen
 OK UK OK UK Wachsbiß in Schlussbißstellung: **Auf beiliegenden Modellen arbeiten**

Besonderheiten (z. B. Implantat, Brücke o. ä.)
bitte in nebenstehendem Zahnschema markieren:

Sonstiges: (z. B. Zungenfunktion)



Schienenauftrag aesthetic liner® (double action)

- Beauftragung von Schienen ohne Vorabberatung
- Die optimale Zahnstellungskorrektur und Empfehlung für etwaige Stripfmaßnahmen wird der Laborleitung anvertraut

Um Zähne in die optimale Stellung zu korrigieren, ist es ggf. nötig approximal zu strippen. Falls Sie dies nicht wünschen, bitte kennzeichnen.

nicht strippen

- Wir bitten vor der Gerätebeauftragung um eine Vorabberatung (kostenlos)
- Zusätzlich diagnostisches Ziel Set-up (Kosten werden im Auftragsfall verrechnet)

FALLS ASR nötig sein sollte. bitte ich um Zusendung von

Anzahl

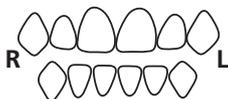
- EinPatientenSet (4 Tools 15 µm, 25 µm, 40 µm, 60 µm)
- Edelstahlhalter double
- Messlehre (5 Stärken 0,1 – 0,5 mm)

Retentionsapparat

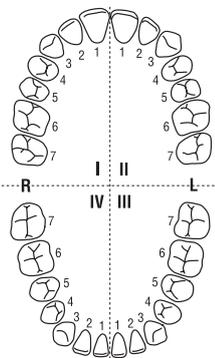
- 3D Titan Swiss Retainer OK UK
- mit Silikon-Quick-Tray Übertragungshilfe

Besondere Korrekturwünsche

Angulation:
(bitte Richtung
nebenstehend
einzeichnen)



Rotationen o. a.:
(bitte Richtung
nebenstehend
einzeichnen)



Sonstige Detailangaben:

Andere Zusatzausstattungen, wie folgt: _____

Überbiß	Vertikal	Sagittal
nicht ändern		
ideal einstellen		
verringern um		
vergrößern um		

- Aufstellen aller Zähne zum Lückenschluss
- Lückenhaltung wegen Boltondiskrepanz bei: _____
- Lückenhaltung bei nicht vorhandenen Zähnen bei: _____

Bitte senden Sie mir weitere Unterlagen: aesthetic-liner® Auftragsformulare Patientenflyer

www.aesthetic-liner.de – info@aesthetic-liner.de

Die aesthetic-liner® Speziallabore:

Frankfurt am Main Fachlabor Dr. W. Klee GmbH, Vibeler Landstraße 3-5, 60386 Frankfurt/M., Germany, Tel. +49 69 94221-0, Fax +49 69 94221-101
Hamburg Labor Dr. F. W. Selbach GmbH & Co. KG, Beutnerring 9, 21077 Hamburg, Germany, Tel. +49 40 761044-0, Fax +49 40 7606711
Potsdam Fachlabor Dr. W. Klee GmbH, Potsdamer Straße 176, 14469 Potsdam, Germany, Tel. +49 331 55070-0, Fax +49 331 55070-21