

Auftragsformular Intraorale Schnarchtherapie-Geräte

Patient (Vorname, Name): _____

Geb.: _____ Wunschtermin: _____

Kunden-Nr. (falls vorhanden): _____

erbitte Rückruf zur Geräteberatung

Ansprechpartner: _____

Hier bitte unbedingt das Patienten-ID-Etikett aufkleben

Dieses Patienten-ID-Etikett dient der eindeutigen Auftragsverfolgung. Sie erhalten mit der Rücksendung Ihres Erstauftrages genügend Etiketten.

Praxisstempel:

Mitgelieferte Unterlagen:

Abdrücke OK UK

Modell OK UK

Situationsbiss

Konstruktionsbiss

Bissregistrator

Befund Schlaflabor

FRS

OPG

Bemerkungen: z. B. Zahnstatus / Anamnese / Grad der Schlafapnoe (falls bekannt)

Schlaftherapie-Geräte:

Der maßgefertigte Klassiker: Individuell gefertigte Schiene

Geräteform und Passung sind individuell

DocSnoreNix® – graziles bimaxilläres Gerät mit einstellbaren Nitinol-Gelenkbögen mit hoher Patientencompliance.

TAP®-T – bimaxilläres Gerät mit zentraler Einstelleinheit aus Titan (besonders für Allergiker geeignet).

Die clevere Alternative: Vorgefertigte Schiene

Geräteform ist vorgegeben, Passung ist individuell

SomnoGuard® SPX
Anpassung nur durch geschultes Praxispersonal. Anzahl ____

SomnoGuard® SPX
Anpassung durch Labor (OK-/UK-Modelle erforderlich)

Gern fertigen wir für Sie auch jedes andere lizenzfreie Gerät, wie z. B. Silensor, TAP®, IST® an.

Die Geräte erhalten Sie in verschiedenen Materialausführungen. Bitte sprechen Sie uns darauf an.

Mein Gerätewunsch: _____

Zubehör:

Sander Bissregistrierungs-Stick – zur kontrollierten Unterkiefer-Lagebestimmung. Anzahl _____

Bitte senden Sie mir:

weitere Auftragsformulare

Patientenflyer (Nachfüllpack)

Bitte nehmen Sie mich in das medi-sleep® Netzwerk und den Arztfinder mit oben stehender Adresse und folgender E-Mail auf: