

FOS – Servicelabor – Auftrag



Praxis (Stempel)

Tel. Nr. _____

Datum _____

E-Mail _____

Patienteninformation

Initialen oder Patienten Nr. _____

Jahrgang: _____

Deflektion beim Öffnen? _____ mm nach rechts links

Mobilie Front-Zähne? _____ Mobilitätsgrad einzelner Zähne, z.B. 21, Grad II

Kopfschmerzen? Ja Nein

Kiefergelenksschmerzen? Ja Nein

Beschreibung der Symptome
und Besonderheiten (optional)

(Mehr Platz auf der Rückseite)

Auswahl und Gestaltung der Schiene

OK oder UK-Schiene? Oberkiefer-Schiene Unterkiefer-Schiene

Eckzähne palatinal belasten?
(nur OK-Schiene) Ja Nein

Beilagen: Abformung Oberkiefer * **zwingend**
 Abformung Unterkiefer * **zwingend**

Weitere Beilagen _____

Abgabetermin _____
(Die Standardlieferzeit beträgt
5 Arbeitstage)

* Einweglöffel werden nicht zurückgeschickt.

*Eine exakte Abformung
ist wichtig, da ansonsten
die Schiene nicht präzise
angepasst werden kann!*