

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)

Bitte schicken Sie mir _____ neue FOS-Servicelabor-Boxen

* Einweglöffel werden nicht zurückgeschickt.

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