

Auftragsformular – Organical® Aligner Therapie

Pflichtangaben		Auftragsdaten																	
Auftraggeber / Praxis Stempel		Patienten Nr. / Patient																	
		Alter / Geschlecht														M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
		Auftragsdatum								TT.MM.JJ									
		Sie erhalten Ihre Arbeit 7 Arbeitstage (Mo – Fr) nach Eingang Ihres Auftrags. TT.MM.JJ																	
Planungsauftrag Bitte markieren Sie mit Hilfe der Kurzbezeichnungen die Zähne (siehe Legende) K Krone, B Brückenglied, I Implantat, J Lückenschluss, IK Implantatkrone, F fehlender Zahn, X Extraktion, EN devitaler Zahn, VB Verblockung																			
Befund																			
OK		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
UK		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Befund																			
Produktionsauftrag Zutreffendes bitte ankreuzen																			
kostenfreie <i>Speed</i> // Aligner Planung 48h						<input type="checkbox"/>				komplettes »Setup-Overview« * wird bei Aligner Auftrag verrechnet 48€*				<input type="checkbox"/>					
Engstandauflösung im Frontbereich		OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>				Korrektur offener Biss im Frontbereich								<input type="checkbox"/>					
Lückenschluss im Frontbereich		OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>				Tiefbisskorrektur im Frontbereich								<input type="checkbox"/>					
Harmonische Zahnbogenausformung		OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>				Kreuzbisskorrektur im Frontbereich								<input type="checkbox"/>					
Platzschaffung für präprothetische Maßnahme *		<input type="checkbox"/>				mm													
Platzschaffung für präimplantologische Maßnahme *		<input type="checkbox"/>				mm													
* Bitte Kurzbeschreibung zur späteren Versorgung																			

Patientenwünsche	Keine Composit-Attachments (Buttons) <input type="checkbox"/>	Kein Stripping <input type="checkbox"/>
------------------	---	---

Anmerkungen/Sonstiges (z. B. Zungenfunktion, Situation Parodontal, Medikamente u. a.)

Bitte mit Abformung für Seps ausfüllen	Oberkiefer Step Nr.:	Unterkiefer Step Nr.:	Fertigstellung

Retention: Nach Abschluss der Behandlung erhält Ihr/e Patient/in eine herausnehmbare Retainerschiene. Für eine festsitzende Stabilisierung empfehlen wir eine Doppelretention. Wahlweise bieten wir Ihnen gegen Aufpreis (Zutreffendes bitte ankreuzen):	Gebogener Retainer <input type="checkbox"/>
	3D gefräster Retainer <input type="checkbox"/>

Was wurde mitgeschickt					
STL-Daten	<input type="checkbox"/>	Abformungen/Löffel	<input type="checkbox"/>	Biss	<input type="checkbox"/>
Gipsmodelle	OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>	OPG/OPTG/Röntgen-Einzelbildstatus	<input type="checkbox"/>	Fotos	intraoral <input type="checkbox"/> extraoral <input type="checkbox"/>

Datum	Unterschrift	Name in Blockschrift	E-Mail Adresse
Für die vorstehende Bestellung gelten die Liefer- und Zahlungsbedingungen (AGB) sowie die Datenschutzerklärung der Rübeling+Klar Dental Labor GmbH.			