

Auftrag

Aligner-Therapie



Otto-Lilienthal-Straße 27 · 28199 Bremen / Germany
 Tel: +49 (0) 421 247 147-0 · Fax: +49 (0) 421 247 147-9
 E-Mail: service@dentaltrade.de · www.dentaltrade.de

Name der Praxis · Praxisstempel · Kundennummer

Auftragsnr.

Patient

Liefertermin bis 12 Uhr

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																

Verblockungen bitte so kennzeichnen:

Kürzel bitte im Zahnschema eintragen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> K Krone | <input type="checkbox"/> F fehlender Zahn | <input type="checkbox"/> IK Implantatkrone |
| <input type="checkbox"/> B Brückenglied | <input type="checkbox"/> X Extraktion | <input type="checkbox"/> () Lückenschluss |
| <input type="checkbox"/> I Implantat | <input type="checkbox"/> EN devitaler Zahn | |

Aligner-Therapie soll stattfinden im

- Oberkiefer
 Unterkiefer
 Ober- und Unterkiefer
 kein Stripping*
 Therapievorplanung inkl. Kostenvoranschlag für beide Kiefer

Retainer

- Oberkiefer
 Unterkiefer
 Ober- und Unterkiefer
 Gipsmodelle
 Abformungen/Löffel
 Biss
 Fotos
 Oralscandaten Typ: _____

Anmerkungen

*Beim Stripping werden die seitlichen Kontaktflächen des jeweiligen Zahnes vergrößert, indem der Zahnschmelz minimal reduziert wird.

Auftragsdatum

Unterschrift