

Hier bitte unbedingt das **Patienten-ID-Etikett** aufkleben:

Dieses Patienten-ID-Etikett dient der eindeutigen Auftragsverfolgung. Sie erhalten mit der Rücksendung Etiketten in ausreichender Anzahl.

## FL-Auftragsnummer

Bitte unbedingt die **FL-Auftragsnummer** – bei Beauftragung am besten ausgedruckt beilegen, aufkleben oder hier ergänzen:

Die E-Mail-Adresse ist für den XML-Versand von GKV-Patienten zwingend erforderlich. Bitte ergänzen: \_\_\_\_\_

### 1

## Praxis/Patient:

Vorn./Name d. Patienten \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geschlecht: M  W

Versicherungsstatus:  GKV  PKV  Selbstzahler  Beihilfe

Bitte kontaktieren Sie uns zunächst telefonisch.

Behandler: \_\_\_\_\_ Wunschtermin: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### 2

## Unterlagen:

Abdrücke:  OK  UK

Modelle:  OK  UK

Altgeräte:  OK  UK

Individuelles Registrat:

Registrat der Lateralbewegung:

Setup soll im Mittelwertartikulator erstellt werden:

Orthopantomogramm:

Fernröntgenseitenaufnahme:

Wachsbiss in Schlussbissstellung:

Konstruktionsbiss:

Modelle bitte:  Sockeln

Duplizieren  Trimmen

**Auf beiliegd. Modellen arbeiten**

**Nach beiliegd. Abdrücken arbeiten**

Wenn vorhanden, alle Bänder, Brackets, Tubes etc. radieren

Originalzahnkränze zurückschicken

### 3

## Zahnstatus und anamnestische Angaben:

**Wir bitten in nebenstehendes Zahnschema Besonderheiten zu markieren:**

Relevante weitere Angaben (**eingeschränkte Nasenatmung**, Zunge, Zungenfunktion, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4

## Gerätekonstruktion mit Set-up

Die Anfertigung des Set-ups und des geeigneten Gerätes wird der Laborleitung anvertraut

**Setup:**  Setup komplett  Nein, nur die bezeichneten Zähne aufstellen:

Nur diagnostische Setup

Kein Setup, nur Gerät

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

**Ultraflex Aligner (Positioner)**  elastisch  superelastisch

nach Abschluss der Multibandbehandlung

**Ultraflex Finisher (Multiband)**

Restkorrektur über im Mund **belassene** Brackets

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

**Ultraflex Bondgerät (Bimaxilläres Bondgerät)**

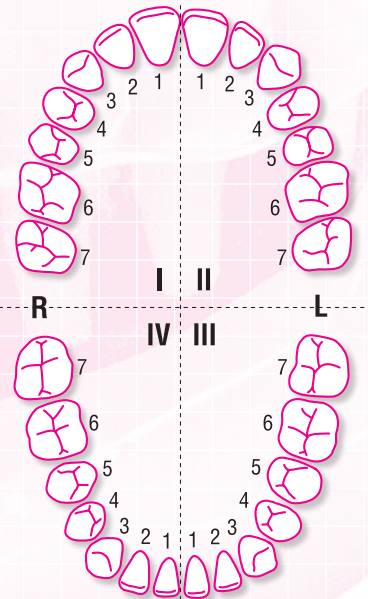
(Das Gerät wirkt über zu klebende transparente Buttons, die wir Ihnen zur Verfügung stellen)

**Farbwahl für Positioner / Ultraflex-ELASTO-KFO-Geräte** (siehe Spangendesignkarte)  Klar oder  (12–26)

**Monomaxillärer Positioner** (nur in klar erhältlich) **fest:** OK  UK  **weich:** OK  UK

**Sonderwünsche** (z. B. Headgear-Kombination) \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir weitere dieser Auftragsformulare



**Fachlabor Dr. W. Klee**  
für grazile Kieferorthopädie

**Frankfurt am Main:**  
Vilbeler Landstr. 3-5, 60386 Frankfurt, Germany  
Telefon +49 69 94221-0  
Telefax +49 69 94221-201

**Potsdam:**  
Potsdamer Str. 176, 14469 Potsdam, Germany  
Telefon +49 331 55070-0  
Telefax +49 331 55070-21

www.kfo-klee.de – info@kfo-klee.de

**Service-Line:**  
00800 kfo klee-0  
00800 536 5533-0