

Auftragsformular Intraorale Schnarchtherapie-Geräte

Patient (Vorname, Name): _____

Geb.: _____ Wunschtermin: _____

Kunden-Nr. (falls vorhanden): _____

erbitte Rückruf zur Geräteberatung

Ansprechpartner: _____

Hier bitte unbedingt das Patienten-ID-Etikett aufkleben

Dieses Patienten-ID-Etikett dient der eindeutigen Auftragsverfolgung. Sie erhalten mit der Rücksendung Ihres Erstauftrages genügend Etiketten.

Praxisstempel:

Mitgelieferte Unterlagen:

Abdrücke OK UK

Modell OK UK

Situationsbiss

Konstruktionsbiss

Bissregistrator

Befund Schlaflabor

FRS

OPG

Bemerkungen: z.B. Zahnstatus / Anamnese / Grad der Schlafapnoe (falls bekannt)

Schlaftherapie-Geräte:

Teildental – die clevere Alternative

Geräteform ist vorgegeben, Passung ist individuell

SomnoGuard®SPX
Anpassung nur durch geschultes Praxispersonal. Anzahl _____

SomnoGuard®SPX
Anpassung durch Labor (OK-/UK-Modelle erforderlich)

Voll dental – der maßgefertigte Klassiker

Geräteform und Passung sind individuell

DocSnoreNix® ^{1), 2)} – graziles bimaxilläres Gerät mit einstellbaren Nitinol-Gelenkbögen mit hoher Patient compliance.

TAP®-T – bimaxilläres Gerät mit zentraler Einstelleinheit aus Titan (besonders für Allergiker geeignet).

1) nicht in Laminier technik erhältlich 2) nicht in SupraSoft-Ausführung erhältlich

Gern fertigen wir für Sie auch jedes andere lizenzfreie Gerät an. Bitte sprechen Sie uns darauf an.

Zubehör:

Sander Bissregistrierungs-Stick – zur kontrollierten Unterkiefer-Lagebestimmung. Anzahl _____

Bitte senden Sie mir:

- weitere Auftragsformulare
- Praxispaket-Marketing (10,- € Selbstkostenbeitrag) (Patientenflier, Flyerhaltebox, Tischplakat A4 inkl. Acrylständer)
- Patientenflier (Nachfüllpack)

Bitte nehmen Sie mich in das medi-sleep® Netzwerk und den Arztfinder mit oben stehender Adresse und folgender E-Mail auf: