

## Auftragsformular zur Herstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)

### Auftraggeber

Praxisstempel

Datum \_\_\_\_\_

Patient/in \_\_\_\_\_

Versicherung  GKV  PKV

Verordnung liegt vor  Ja  Nein

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Kronen(K), Brücken (B), Implantate (I), Lockerungsgrad (1-3)

### Schienenmodell

#### Privat

BußLa®

Schäfla® mod.

#### Kasse

NOA

TAP®-T Rev.

IST®-classic

Dream TAP®

TAP®-T

Leone

IST®-classic neu

Keine Präferenz

### Mitgelieferte Unterlagen

Modelle  Abformungen  Intraoral-Scan  Protrusionsbiss

ATB (Gesichtsbogen)

**Anmerkungen**

Liefertermin \_\_\_\_\_  
(mind. 10 Arbeitstage)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber