

# Intraorale Schlaftherapie – Auftragserteilung



Praxisstempel

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Termin: \_\_\_\_\_

**Patient**     Kassenleistung     Privatleistung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

XML-Auftrags-Nr.: \_\_\_\_\_

Bruxismus/CMD     Patient hat schon ein Gerät/Typ: \_\_\_\_\_

**Konstruktion der Apparatur durch Laborleitung**

**IST®-Gerät n. Prof. Hinz** (zweiteilig)  
 **TAP®-T** (zweiteilig)  
 \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anlage:

OK-Abdruck     OK-Arbeitsmodell     Situationsbiss

UK-Abdruck     UK-Arbeitsmodell

IST-Bissgabel     Bissgabel

Sonstiges: \_\_\_\_\_