

## Auftrag Aligner-Therapie

### Zahnarzt/Praxis

\_\_\_\_\_

### Patient (Bitte in Druckbuchstaben)

Alter \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

Kassenpatient/in

Privatpatient/in

HKP-Nr. \_\_\_\_\_

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_

Fall-Nr. \_\_\_\_\_

Bereich \_\_\_\_\_

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

K	Krone	EN	devitaler Zahn
B	Brückenglied	IK	Implantatkrone
I	Implantat	) (	Lückenschluss
F	fehlender Zahn	X	Extraktion

### Aligner-Therapie soll stattfinden im:

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

### Retainer

- Oberkiefer  
 Unterkiefer  
 Ober- und Unterkiefer

### Mitgeschickt wurden:

- Gipsmodelle  Biss  
 Abformungen/Löffel  Fotos  
 Oralscandaten Typ: \_\_\_\_\_

### Anmerkungen

### Liefertermin/ Fertigstellung

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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