

Accusmile® Serviceformular

Behandler	
Name	Praxisstempel
KdNr	
Straße	
Ort	
Postleitzahl	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

☐ Empfängeradresse weicht von Behandleradresse ab:

Alternative Empfängeradresse	
Name	
Straße	
Ort	
Postleitzahl	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Patient	
Name / ID	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	

Accusmile® Behandlungsplan

1. Mit Accusmile® zu behandelnde Zahnbögen:

☐ Beide ☐ nur OK ☐ nur UK

2. Folgende Zähne sollen nicht bewegt werden (bitte ankreuzen):

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

3. Bitte vollständigen Befund eintragen (z.B. KM, Implantat, TK, VMK etc.):

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

4. Weitere Anmerkungen:

Im Übrigen gilt die beigelegte Vereinbarung über die Auftragsdatenverarbeitung (Stand 03/2018).

Datum | Ort

Unterschrift (Behandler)