

# Patienteninformation zu Ihrem Ersttermin

Sollte nach entsprechender Untersuchung und Beurteilung der schlafmedizinischen Befunde eine Behandlung mit einer

## ***„Unterkieferprotrusionsschiene“***

indiziert sein, erhalten Sie von uns einen entsprechenden Kostenvoranschlag.

Bitte teilen Sie uns vorab mit (zutreffendes ankreuzen):

- der Kostenvoranschlag soll per Mail zugestellt werden
- ich möchte den Kostenvoranschlag **vor** Anfertigung der Unterkieferprotrusionsschiene bei meiner Versicherung einreichen
- ich bin Selbstzahler
- Scan`s und Registrate für die Anfertigung der Unterkieferprotrusionsschiene sollen schon bei Ersttermin durchgeführt werden
- Arztbriefe und Befunde dürfen per Mail (ohne Verschlüsselung) zugesendet werden

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_