Unterkieferprotrusionsschiene

Informationsausstausch mit der Facharztpraxis (UP 1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Überweisung vom: | | Untersuchung am: | | |
| Patient: | | | | Geb.: |
| Untersuchung UP 1 | Ausreichend Fähigkeit zur Mundöffnung? | | | * Ja * Nein * eingeschränkt |
| Ausreichende, aktive Protrusionsbeweglichkeit des UK? | | | * Ja * Nein |
| Ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene? | | | * Ja * Nein |
| Kontraindikation aufgrund von Kiefergelenksstörungen? | | | * Ja * Nein |
| Fazit | * Wir können eine Unterkieferprotrusionsschiene eingliedern (s. „Eingliederung“) | | | Termin: |
|  | * Wir können keine Unterkieferprotrusionsschiene eingliedern. | | | Grund: |
|  | * Es sind weitere diagnostische Untersuchungen notwendig. | | | Welche: |
| Eingliederung | Es erfolgt eine Eingliederung der Schiene mit folgenden Anforderungen: | | * UK Protrusionsschiene mit individuell reproduzierbarer Adjustierung * Individuelle Nachadjustierung in Millimeterschritten möglich * Einstellung des Protrusionsgrades ausgehend regelhaft von 50 % der maximal möglichen aktiven Unterkieferprotrusion | |

|  |
| --- |
| Wir bedanken uns für Ihre Überweisung. Für die Betreuung und Kontrolle benötigen wir eine Beauftragung durch den Vertragsarzt. Wir bitten Sie, uns zur Kontrolle, Nachadjustierung oder Wiederherstellung eine entsprechende Überweisung auszustellen: |
| * Überweisung zur Kontrolle * Überweisung zur Nachadaption des Protrusionsgrades * Überweisung zur Wiederherstellung * kleineren Umfangs * größeren Umfangs * Teilunterfütterung * Wiederherstellung einzelner/mehrere Halte-/Stützvorrichtungen * Wiederherstellung einzelner/mehrere Protrusionselemente |

|  |  |
| --- | --- |
| Erstellt von: | Datum: |
| Unterschrift: | |