



staraligner™ Checkliste



Zutreffendes bitte ankreuzen

Behandler:

Aufklärung durch den behandelnden Arzt

US Patient _____

US Behandler _____

ASR lt. Strippingguide durchgeführt

Stripping ist nicht erforderlich

Attachments wurden mittels Attachmenttransferschiene lt. Anleitung angebracht

Attachments sind nicht erforderlich

Kontrolltermine/Therapieschritt

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Datum/Therapieschritt _____ US Behandler/Patient _____

Zwischenabdruck wurde am _____ versendet

Zwischenabdruck ist nicht erforderlich