



smileStudio/Silensor-Center
Burgstr. 29, 64678 Lindenfels,
Tel./WhatsApp: 01573-0059394
www.silensor.info, info@silensor.info

Sehr geehrte Zahnärztin,
Sehr geehrter Zahnarzt,

Ihr Patient möchte sich eine Silensor-Unterkieferprotrusionsschiene zur Behandlung von Schnarchen und/oder Schlafapnoe von uns anpassen lassen und bittet Sie um die Erstellung eines Silikonabdrucks (bitte mit Bißregistrator in Endbißstellung) oder um Bereitstellung eines Zahnmodells.

Den Silensor gibt es in zwei Ausstattungs-Varianten: Easy und Deluxe. Falls sich Ihr Patient noch nicht für eine Variante entschieden hat, hier eine Entscheidungshilfe:

Beide Varianten enthalten exakt denselben Silensor, unterscheiden sich jedoch in der Herstellungsdauer (Easy: 1-2 Wochen, Deluxe: 48 Stunden nach Eingang der Abdrücke/Modelle), dem Service-Umfang, der Ausstattung, und die Deluxe-Variante kommt mit einer Geld-Zurück-Garantie.

Für weitere Informationen zu unserem Silensor stehen Ihnen unsere Website **www.silensor.info** und dort auch eine spezielle Unterseite für Zahnärzte zur Verfügung!

Vielen Dank!

Ihr Silensor-Center

Laborauftrag

an smileStudio/Silensor-Center, Burgstr. 29, 64678 Lindenfels,
Tel./WhatsApp: 01573-0059394, info@silensor.info

zur Herstellung und Lieferung einer

Silensor Unterkiefer-Protrusionsschiene („Schnarcherschiene“)

in der Ausstattungsvariante

- ☐ Silensor**Easy** zum Preis von € 369,00¹ / € 339,00²
☐ Silensor**Deluxe** zum Preis von € 519,00¹ / € 489,00²
(¹ bei Einsendung von Abdrücken / ² bei Einsendung von Modellen)

von den beigefügten

☐ Zahnmodellen (Hartgips Kl. 4 oder 5) ☐ Silikonabdrücken (keinesfalls Alginat!)

von Ober- und Unterkiefer unserer Patientin / unseres Patienten ☐ Herr ☐ Frau

Name: _____

Vorname(n): _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. _____ / _____ Geb. am: ____ . ____ . ____

Die Rechnungstellung für den Silensor soll an ☐ den Patienten ☐ die Praxis erfolgen.

Die Gestaltung und Einstellung der Unterkieferprotrusion des Silensors, die Auswahl der Materialien (Folientyp, -dicke usw.) erfolgen lege artis nach fachlicher Einschätzung durch das bearbeitende Labor u. a. auf Basis des Silensor-Fragebogens, sofern im Folgenden keine besonderen Anweisungen gemacht werden.

Raum für Anweisungen und herstellungsrelevante Hinweise (z. B. auf somnologische Diagnosen, Zahnstatus, Kiefergelenksprobleme, besondere Zahn-/Bißstellungen, gewünschte Protrusion usw.):

(bitte ggf. auf Rückseite fortsetzen!)

Name Praxis: _____ Ort: _____

Praxisstempel:

Bitte unbedingt

- Bissregistrator (in der Endbißstellung),
- Silensor-Fragebogen (kann auf www.silensor.info/laborauftrag.pdf heruntergeladen werden),
- somnologische Gutachten/Berichte (falls vorhanden)

beifügen und Abdrücke/Modelle
bruchsicher verpacken!

Fragebogen

silensor®

Questionnaire

Bitte in Druckbuchstaben gut leserlich ausfüllen und Ihrer Abdruck-Rücksendung beilegen!

Please fill out this form legibly in print and send it back to us, together with the teeth impressions!

Remplir ce formulaire lisiblement en caractères d'imprimerie et le joindre à vos empreintes!

Name
Name
Nom _____

Vorname
First name
Prénom _____

Straße
Street
Rue _____ Nummer
Number
Numéro _____

PLZ
Postcode
Code postal _____ Ort:
City
Ville _____

Land:
Country:
Pays: _____

E-Mail
Email
Courriel _____ Geburtsdatum
Date of birth
Date de naissance _____

Staatsangehörigkeit
Nationality
Nationalité _____ Letzter Zahnarztbesuch
Last dental check-up
Dernière visite dentaire _____

Name des Zahnarztes
Name of the dentist
Nom du dentiste _____ in
in
à _____

Ich bin darüber informiert worden, dass es bei Daueranwendung des Silensors in etwa 1 von 200 Fällen zu einer langsamen, dauerhaften Veränderung der Endbißstellung kommen kann. Um diese unerwünschte Veränderung frühzeitig erkennen und abstellen zu können, werde ich mindestens einmal im Jahr meinen Zahnarzt darauf ansprechen und von ihm die Endbißstellung überprüfen lassen.

I have been informed that the continuous use of the Silensor may in rare cases (1 out of 200 users) provoke a slow but permanent change in my teeth's occlusion. To detect and remedy this undesired change at the earliest possible stage, I shall inform my dentist of my use of the Silensor and have my occlusion checked at least once a year.

J'ai été informé que l'emploi continu du Silensor peut provoquer dans certains cas (très rares : 1 utilisateur sur 200) un changement lent mais permanent de l'occlusion dentaire. Pour le diagnostiquer et y remédier, j'irai consulter mon dentiste au moins un fois par an pour un examen dentaire et j'informerai ce dernier de mon usage du Silensor.

Bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer **Unterschrift**:

Please confirm this with your **signature**:

Veuillez confirmer ceci avec votre **signature**:

Datum/Date/Date:

Ich habe dieses Silensor-Kit gekauft am (Datum)

I bought this Silensor kit on (date)

J'ai acheté ce kit Silensor le (date)

hier:

here:

ici:

(Wenn Sie es woanders als im Onlineshop von smileStudio erworben haben, bitte **Kaufquittung in Kopie** beifügen!)

(Unless you have purchased this kit in smileStudio's own online shop, please attach a **photocopy of the proof of purchase**!)

(Veuillez joindre une **photocopie de la preuve d'achat** à ce questionnaire, sauf si vous avez acheté ce kit directement dans la boutique électronique de smileStudio!)



Ich habe das Silensor-Kit geschenkt bekommen / I received this Silensor kit as a gift / J'ai reçu le kit Silensor comme cadeau

Bitte auch die Rückseite ausfüllen! Please fill out the form overleaf! Veuillez remplir les cases au verso!

Von smileStudio auszufüllen:
Reserved for smileStudio:
Réservé au smileStudio:

Ku.-Nr. _____

Eingang: _____

OK: _____

UK: _____

Ku.-Man.: _____

Gewerk Nr./Job no./Oeuvre no.

EAN ▼

Bitte nicht in dem hellgrauen Bereich schreiben! Please do not write in the light grey space! Ne pas écrire dans l'espace gris clair!

Haben Sie Probleme mit den Kiefergelenken?
Do you have problems with your mandibular joints?
Avez-vous des problèmes avec vos joints mandibulaires?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Tragen Sie eine Zahnklammer oder Retainer?
Do you wear brackets or retainers?
Portez-vous des appareils ortho fixes ou amovibles?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Fehlen Ihnen Zähne?
Do you have missing teeth?
Avez-vous des dents manquantes?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?
Do you wear removable dental prothesis?
Portez-vous des prothèses dentaires amovibles?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Haben Sie schwere Parodontose?
Do you suffer from severe paradontosis?
Souffrez-vous d'une parodontose sévère?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Wie stark schnarchen Sie (subjektive Schätzung)?
How strong is your snoring (subjective estimate)?
Combien ronflez-vous (estimation subjective)?

☐  ☐

Bitte ankreuzen/Please tick/Cocher s.v.p.

Haben Sie Atemaussetzer (Schlafapnoe)?
Does your breathing stop sometimes (sleep apnea)?
Avez-vous des arrêts respiratoires temporaires nocturnes (apnées)?

Nein No Non ☐ Ja, ungefähr Yes, approx. Oui, environ

1	5	10	20	50	≥50
---	---	----	----	----	-----

 pro Nacht each night par nuit

Bitte ankreuzen/Please tick/Cocher s.v.p.

Kennen Sie Ihren Schlafapnoe-Wert (AHI)?
Do you know your sleep apnea index (AHI)?
Connaissez-vous votre index apnée-hypopnée (AHI)?

Nein No Non ☐ Ja: Yes: Oui: _____

Sind Sie wegen Ihres Schnarch-/Schlafapnoe-Problems schon in ärztlicher Behandlung oder waren Sie in einem Schlaf-labor? Mit welchen gemessenen Werten und Behandlungsergebnissen?

Are you under medical attendance for your snoring/sleep apnea problem, or have you been to a sleep laboratory? If yes, what were the values measured / the results of the treatment?

Suivez-vous déjà un traitement médical pour votre ronflement ou vos apnées? Avez-vous passé un diagnostic dans un laboratoire du sommeil? Avec quels résultats?

Ihr Gewicht: kg Your weight: kgs/lbs Votre poids: _____ kgs	Ihre Größe: cm Your height: cms/ft.in. Votre taille: _____ cms																												
Schnarchen Sie... <u>nur</u> auf dem Rücken liegend? <u>nur</u> mit geöffneten Mund? extrem laut?	Do you snore.... <u>only</u> when lying on your back? <u>only</u> when your mouth is open? extremely loud?	Ronflez-vous... <u>uniquement</u> allongé sur le dos? <u>uniquement</u> à bouche ouverte? extrêmement fort?																											
Leiden Sie unter... extremer Morgenmüdigkeit? plötzlicher Tagesmüdigkeit? Bruxismus (Zähneknirschen)? häufigen Kopfschmerzen? Konzentrationsproblemen?	Do you suffer from... extreme morning fatigue? sudden fatigue during the day? bruxism (teeth grinding)? frequent headaches? difficulties concentrating?	Souffrez-vous de... fatigue matinale extrême? fatigue subite dans la journée? bruxisme (grincement des dents)? maux de tête fréquents? concentration difficile?																											
		<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Manchmal</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>Sometimes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>Parfois</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Ja	Manchmal	Nein	Yes	Sometimes	No	Oui	Parfois	Non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ja	Manchmal	Nein																											
Yes	Sometimes	No																											
Oui	Parfois	Non																											
☐	☐	☐																											
☐	☐	☐																											
☐	☐	☐																											
☐	☐	☐																											
☐	☐	☐																											
☐	☐	☐																											

Bitte teilen Sie uns nötigenfalls auf einem separaten Blatt Papier Informationen mit, die für Ihre Schnarchbehandlung mit dem Silensor und für die Anpassung der Schiene von Wichtigkeit sein könnten! Falls Sie bereits in einem Schlaflabor waren, fügen Sie bitte die Unterlagen, die Sie dort mitbekommen haben, in Kopie diesem Fragebogen bei.

If there is any information pertaining to your upcoming Silensor snoreguard therapy or the fitting of the tray which you think might be useful for us and which you would like to communicate, please feel free to enclose them on a separate piece of paper!

Si vous souhaitez nous communiquer des informations utiles à la fabrication de vos gouttières ou à l'organisation de votre traitement, nous vous prions d'écrire ces informations sur une feuille volante et nous les retourner avec vos empreintes.

Verschrieben? Neuen Fragebogen anfordern unter
Made an error? Order a new form at
Vous vous êtes trompé? Commandez un formulaire à

info@smilestudio.de

Infos: www.smilestudio.de
Information: www.smilestudio.eu
Informations: www.smilestudio.eu