



smileStudio/Silensor-Center e. K.  
Burgstr. 29, 64678 Lindenfels,  
Tel. 0 62 55 – 6 48 94 25, Fax 0 32 12 – 1 04 10 11  
[www.silensor.info](http://www.silensor.info), [info@silensor.info](mailto: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](http://www.silensor.info)** und dort auch eine spezielle Unterseite für Zahnärzte zur Verfügung!

Vielen Dank!

Ihr Silensor-Center

# Laborauftrag

an smileStudio/Silensor-Center e. K., Burgstr. 29, 64678 Lindenfels,  
Tel. 0 62 55 – 6 48 94 25, Fax 0 32 12 – 1 04 10 11, info@silensor.info

zur Herstellung und Lieferung einer

## Silensor Unterkiefer-Protrusionsschiene („Schnarcherschiene“)

in der Ausstattungsvariante  Silensor**Easy** zum Preis von € 329,00<sup>1</sup> / € 299,00<sup>2</sup>  
 Silensor**Deluxe** zum Preis von € 479,00<sup>1</sup> / € 449,00<sup>2</sup>

(<sup>1</sup> bei Einsendung von Abdrücken / <sup>2</sup> bei Einsendung von Modellen)

von den beigefügten

Zahnmodellen (ggf. bitte in Hartgips doubliert)  Silikonabdrücken (keinesfalls Alginat!)

von Ober- und Unterkiefer unseres Patienten  Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Die Rechnungstellung 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, 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 (sofern vorliegend),
- ggf. somnologische Gutachten/Berichte

**beifügen** und Abdrücke/Modelle  
bruchsicher verpacken!

Vielen Dank!