

staraligner™ Checkliste



Zutreffendes bitte ankreuzen

Patientendaten:

Firmendaten:

Aufklärung/Erklärung mit Unterschrift von Patient und Behandler

Patient _____

Behandler _____

ASK It. Strippingguide durchgeführt

kein Stripping erforderlich

Patient wurde aufgeklärt

Attachments wurden mittels Attachmenttransferschiene lt. Anleitung angebracht

kein Attachmenttransfer erforderlich

Kontrolltermine/Therapieschritt

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Datum/ Therapieschrittnr. _____ US Behandler/Patient _____

Zwischenabdruck wurde am _____ versendet

war nicht erforderlich