Minimalinvasive CMD-Therapie

Verlauf der Schienentherapie:

Patient:	**Überwiesen von:**	**Erste Untersuchung am:**
Hauptanliegen:	**Behandlung abgeschlossen am:**	**Dauerschiene/Prothetik**

S1: FGR/ auf der Spur	**Einsetzen am:** □ passt □ passt nicht	**S2:** FGR/ auf der Spur	**Einsetzen am:** □ passt □ passt nicht
1. Telefon-Kontrolle S1 (nach 2 Wochen) am:		**1. Telefon-Kontrolle S2 (nach 2 Wochen) am:**	
Tragedauer: □ immer außer zum Essen □ nur nachts □ ca. in Stunden: Bemerkungen zum Tragekomfort:		Tragedauer: □ immer außer zum Essen □ nur nachts □ ca. in Stunden: Bemerkungen zum Tragekomfort:	
Angaben Patient:		Angaben Patient:	
2. Kontrolle S1 (nach 2-3 Wochen) am:		**2. Kontrolle S2 (nach 2-3 Wochen) am:**	
□ Telefon □ Termin Tragedauer: □ immer außer zum Essen □ nur nachts □ ca. in Stunden: Bemerkungen zum Tragekomfort:		□ Telefon □ Termin Tragedauer: □ immer außer zum Essen □ nur nachts □ ca. in Stunden: Bemerkungen zum Tragekomfort:	
Angaben Patient: Abradiert: □ nein □ ja → neu adjustieren		Angaben Patient: Abradiert: □ nein □ ja → neu adjustieren	
□ → Schiene so belassen, Kontrolle nach …… Wochen □ → S2 wegen:		□ → Schiene so belassen, Kontrolle nach …… Wochen □ → S3 wegen:	