

Staeb Medical GmbH  
www.Bruxismustrainer.de  
Jakoberstraße 14  
D -86152 Augsburg

per Fax: +49 (0)821 / 346 38 41

## **Bestätigung**

Hiermit bestätige ich, dass Herr / Frau

Vorname: .....

Nachname: .....

geb. Datum: ...../...../.....

sich derzeit bei mir wegen Zähneknirschen in ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung befindet.

- Bitte informieren Sie mich über den Bruxismustrainer, da ich meine(n) Patientin / Patienten bei der Anwendung des Bruxismustrainers begleiten möchte
- Ich wünsche keine Informationen, da mein(e) Patient(in) den Bruxismustrainer selbständig anwendet

(bitte zutreffendes ankreuzen)

.....  
(Datum, Stempel und Unterschrift)