



Name des Patienten

Liebe/r Patient/in !

Sie haben sich entschlossen, eine kieferorthopädisch behandeln durchführen zu lassen. Unser gemeinsames Ziel ist eine möglichst umfassende Behebung der Zahn- und Kieferfehlstellung und der häufig damit verbundenen Funktionsstörung. Gleichzeitig wollen wir eine ästhetische Verbesserung erreichen, und schließlich soll durch die Behandlung die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass Sie möglichst lange ein funktionell und ästhetisch zufriedenstellendes Behandlungsergebnis erhalten.

Dauer und Erfolg der Behandlung hängen zum einen von den ärztlichen Maßnahmen und der biologische Reaktion des Gewebes ab, zum anderen aber auch ganz entscheidend von der **Mitarbeit des Patienten** und der **Einhaltung der Termine**. Auch Sie, liebe Patienten, tragen zum Gelingen der Behandlung bei.

Unabhängig davon bitte ich Sie folgende Punkte zu beachten und einzuhalten:

1. **Bitte bringen Sie zu jedem Termin ihre Behandlungsgeräte und die Versichertenkarte mit!**
2. Die kieferorthopädischen herausnehmbaren Geräte müssen, wenn nicht ausdrücklich anders besprochen, Tag und Nacht getragen werden. Ausnahmen: Essen, Sport und Arbeitsstunden, in denen viel gesprochen wird. Während dieser Zeit sollen die Geräte in einer Spangendose oder in einem Glas mit Wasser aufbewahrt werden. **(Ausnahme sind Invisalign Schienen diese müssen ca. 22 Stunden getragen werden)**
3. Ein anfänglich, nach dem Einsetzen des Gerätes, auftretender Druck oder eine über kurze Zeit erhöhte Empfindlichkeit der Zähne ist unbedenklich. Verursacht das Tragen des Apparate jedoch dauernde Beschwerden oder liegt ein Bruch oder eine Verbiegung des Gerätes vor, dann bitten wir Sie, uns möglichst umgehend telefonisch zu benachrichtigen und wenn nötig einen neuen Termin zu vereinbaren.
4. Regelmäßiges Zähneputzen nach jeder Mahlzeit, zumindest aber morgens und abends, ist besonders während der kieferorthopädischen Behandlung wichtig. Empfehlenswert sind Zahnbürsten mit kleinem Bürstenkopf oder elektrischer Zahnbürsten. Auch die Behandlungsgeräte sollen nach den Mahlzeiten mit einer extra Zahnbürste und Zahnpaste vorsichtig gereinigt werden.
5. Wir bitten Sie die Behandlungstermine einzuhalten, denn nur so ist der Erfolg der Behandlung garantiert. Sollten Sie doch einmal verhindert sein, teilen Sie uns dieses bitte vorher telefonisch mit und wir verschieben den Termin.
6. Während der Kieferorthopädischen Behandlung sind **spezielle Röntgenaufnahmen** erforderlich. Die Röntgenaufnahmen erfolgen am Anfang, in der Mitte und am Ende der Kieferorthopädischen Behandlung.
7. Alle Behandlungsunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen usw.) insbesondere auch die kieferorthopädischen Apparaturen, sind Eigentum des Behandlers. Ist aus besonderen Gründen (Umzug etc.) ein Wechsel des Kieferorthopäden notwendig, so werden diese Behandlungsunterlagen auf Anforderung dem weiterbehandelnden Facharzt zur Verfügung gestellt. Bei Behandlungsende werden die Geräte in der Praxis einbehalten. **Sollten Sie während der Behandlung Ihre Krankenkasse wechseln, teilen Sie uns dies rechtzeitig mit, damit die Leistungsübernahme ggf. durch die neue Krankenkasse abgesichert werden kann. Sonst muss die Behandlung bis zur Zusage der neuen Krankenkasse privat finanziert werden.** Sollten Sie während der Behandlung Ihren Zahnarzt wechseln oder ändert sich Ihre Anschrift, so teilen Sie dies bitte ebenfalls unserer Anmeldung mit.
8. Sollten Sie sich für eine Ratenzahlung der Behandlungskosten entschieden haben, dann wird Ihnen am Ende der Behandlung eine Abschlussrechnung/Gesamtübersicht ausgehändigt, eine monatliche Auflistung wird Ihnen nicht zugesendet. Sollten Sie hier eine Änderung wünschen, dann sprechen Sie uns hierfür einfach an.



Name des Patienten

Ärztliche Aufklärung

Trotz gewissenhafter Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung können Nebenwirkungen und Komplikationen nicht ausgeschlossen werden, wie z.B.

1. Entkalkungen und Karies
„**Ein sauberer Zahn geht nicht kaputt!**“ Nur dort, wo bestimmte Stellen an den Zähnen länger Zeit ungereinigt sind bilden sich Zahnbeläge unter denen die Zähne langsam zerstört werden. Festsitzende Apparate behindern eine gewisse Selbstreinigung des Gebisses durch die Weichteile und den Speichel. Daher muss nach jeder Nahrungsaufnahme gründlich geputzt werden.
Die Kariesüberwachung und /-versorgung verbleibt in den Händen Ihres Hauszahnarztes. Dieser muss in halbjährlichen Abständen aufgesucht werden.
2. Resorptionen
Abbauvorgänge im Bereich der Zahnwurzel können mit und ohne Behandlung festgestellt werden. Vermehrt treten sie jedoch auf, wenn umfangreiche Zahnbewegungen durchgeführt werden mussten und besonders dort, wo durch unregelmäßige Mitarbeit keine kontinuierliche Zahnbewegung stattfinden konnte.
3. Zahnfleischschwellung und -entzündung
Kieferorthopädische Kräfte wirken auf den Zahnhalteapparat (Parodontium). Sollten entzündliche Vorgänge, meist Folge schlechter Zahnpflege, im Bereich des Zahnfleischrandes bestehen, können sie durch die Behandlung verstärkt werden.
4. Zahnlockerung
Eine vorübergehende Zahnbeweglichkeit liegt in der Natur der kieferorthopädischen Behandlung und normalisiert sich mit dem Behandlungsverlauf wieder.
5. Beschwerden
Kieferorthopädische Geräte können nach ihrer Eingliederung kurzzeitig zu einer erhöhten Empfindlichkeit der Zähne führen, die schnell wieder abklingt.
6. Rezidive
Je größer die Zahnbewegungen waren, umso mehr neigen die Zähne dazu, in Richtung ihrer alten Stellung zurückzuwandern. Engstände der Unterkieferfront sind hierbei am häufigsten festzustellen. Sie sind in manchen Fällen nicht zu vermeiden. Deshalb ist es unbedingt nötig, nach einer Zahnregulierung unsere Anweisungen in der Retentionszeit zu befolgen.
7. Ungünstige Wachstumseinflüsse/mangelnde biologische Reaktion
Gelegentlich kommt es vor, dass das Kieferwachstum und/oder die notwendige biologische Reaktion ausbleibt oder einen ungünstigen Verlauf nimmt und sich somit therapeutisch schlecht beeinflussen lässt. Daraus können sich unter Umständen verlängerte Behandlungszeiten und evtl. auch Kompromisse bezüglich des Behandlungsergebnisses ergeben.

**Wir verbleiben mit den besten Wünschen für eine gute Zusammenarbeit und einen erfolgreichen Behandlungsverlauf
Das Praxisteam von bonndent von Laura Gröne**

Die oben aufgeführten Ausführungen (Seite 1-2) habe ich verstanden und erkläre mich zu der mir angebotenen und erläuterten kieferorthopädischen Behandlung einverstanden. Eine Kopie des Schreibens liegt mir vor.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler