

Dentosophie

Atmen – Kauen – Schlucken

Einverständniserklärung und Aufklärung

Dentosophie ERWACHSENE

Funktionelle Behandlung - was ist das?

Die Funktionelle Behandlung hat nicht zum primären Ziel, Zähne zu verschieben. Sie hat zum Ziel über die Harmonisierung der Kau- und Gesichtsmuskulatur eine Verbesserung der Nasenatmung zu bewirken und damit auf das allgemeine Wohlbefinden positiv einzuwirken.

Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung beträgt zunächst 6 Monate. Nach Ablauf der 6 Monate wird mit Ihnen als Patient entschieden, ob und in welchem Umfang die Behandlung weitergeführt wird.

Ausschluss von Behandlungsgarantie

Aufgrund unwägbarer Faktoren, die in der Funktionellen Behandlung wirken, besteht die Möglichkeit, dass der Behandlungserfolg nicht den ästhetischen Erwartungen des Patienten entspricht und ggf. eine kieferorthopädische Nachbehandlung notwendig sein wird.

Zudem kann es bei entsprechender Bisshebung notwendig werden, die Seitenzähne mit Aufbauten (aus Composite oder Keramik) zu stabilisieren.

Behandlungsalternativen

Um einen Abrieb der Zähne zu vermeiden, wäre eine der Möglichkeiten die klassische Aufbisschiene, die nur nachts zu tragen ist. Diese wirkt nur reflexartig auf die Muskulatur des Kiefers.

Gegenanzeigen

Allergie gegen Polypropylen, dem Inhaltsstoff des Balancers, chemisch identisch mit Frischhaltefolie.

Begleiterscheinungen

Der Apparat kann kleine Wunden und Beschwerden durch Reibung in der Schleimhaut verursachen.

Weiterhin kann es zu „Muskelkater“ kommen. Im Fall von unzureichender Mundhygiene kann es zu Karies und/oder Gingivitis kommen. Daher sind regelmäßige Kontrollen im Laufe der Behandlung unabdingbar. Selten sind Beschwerden im Kiefergelenk (eingeschränkte Mundöffnung, Kiefersperre, Knacken, Reiben, Schmerzen vor dem Ohr).

Ich bin von Dr. I. Ambrus über die oben genannte funktionelle Behandlung bei mir aufgeklärt worden und bin mit der Behandlung einverstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, alle Fragen beantwortet zu bekommen.

Die Kosten erkläre ich mich bereit zu tragen. Ein ausführliches Aufklärungsgespräch

zwischen Dr. I. Ambrus und mir fand statt.

Ich konnte im Aufklärungsgespräch mich alle interessierenden Fragen, z.B. spezielle Risiken, mögliche Komplikationen und Therapiealternativen, nochmals hinterfragen. Sie wurden mir vollständig und verständlich von Dr. I. Ambrus beantwortet.

Eine Zweitmeinung zur klassischen Kieferorthopädie habe ich eingezogen bzw. möchte ich nicht hinzuziehen. Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Unterschrift Patient/Betreuer/Bevollmächtigter

Name des Patienten: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 7 DSGVO.

Liebe Patient*innen, liebe Eltern, sicher sind auch Sie begeistert von der Behandlungsmethode mit dem Balancer (Dentosophie). Das Konzept verbreitet sich in Deutschland immer mehr und wir stehen ständig mit anderen Kollegen und Co-Therapeuten in fachlichem Austausch.

Zu diesem Zweck (fachlicher Austausch unter Kollegen) und für unseren Social Media-Auftritt möchten wir gerne Ihre intra- & extraorale Fotos / die Fotos Ihres Kindes verwenden. Achtung: Wir verwenden für Social Media nur Fotos auf denen die Zähne sichtbar sind. Das Gesicht des Patienten wird nicht sichtbar sein. Und sollte ein Foto für uns dafür von Interesse sein, dann sprechen wir Sie darauf persönlich an.

So können auch andere Patienten / Kinder davon profitieren.

Ich willige ein, dass zu dem oben genannten Zweck intra- & extraorale Fotos von Mund und Gesicht von mir / meinem Kind inkl. Alter verwendet wird. Namen und Geburtsdatum werden nicht genannt. Sollten Fotos vom Gesicht genutzt werden, werden diese mit einem Balken über den Augen anonymisiert. Aber auch hierfür werden wir Sie nochmal persönlich ansprechen.

Mir ist bekannt, dass diese Informationen weltweit über das Internet zugänglich sind. Sie können mit Suchmaschinen gefunden werden. Durch Verknüpfung mit anderen Informationen kann man ggf. ein Profil meiner Persönlichkeit erstellen. Es ist mir auch bekannt, dass die im Internet aufgeführten Informationen und Fotos problemlos kopiert und weiterverbreitet werden können.

In Kenntnis des Vorgenannten stimme ich hiermit der Veröffentlichung meiner Fotos / der Fotos meines Kindes zum Zwecke der Weiterbildung von Kollegen und anderen Patienten zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigte

*im Fall, dass nur ein Elternteil unterschreibt gehen wir vom Einverständnis des anderen Elternteils aus.

Patientenfragebogen zur Dentosophie

Name, Vorname: _____ Geb.datum: _____

Wie sind Sie auf die Dentosophie aufmerksam geworden?

- Überweisung
- Empfehlung
- Social Media
- Sonstiges: _____

Bitte füllen Sie aus:

Hausarzt	
Kieferorthopäde	
Logopäde	
HNO-Arzt	
Osteopath	
Physiotherapeut	
Hebamme	

		Nein	Rechts	Links	Mitte
1.	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?				
2.	Leiden Sie unter Gesichtsschmerzen?				
3.	Haben Sie Verspannungen im Gesicht?				
4.	Leiden Sie unter Nackenschmerzen?				
5.	Haben Sie Verspannungen der Nackenmuskulatur?				
6.	Leiden Sie unter Rückenschmerzen?				
7.	Haben Sie Verspannungen der Rückenmuskulatur?				
8.	Leiden Sie unter Schulter-Arm-Schmerzen?				
9.	Haben Sie Verspannungen im Schulter-Arm-Bereich?				
10.	Leiden Sie unter Becken-				

	Bein-Schmerzen?				
11.	Haben Sie Verspannungen im Becken-Bein-Bereich?				
12.	Leiden Sie unter Kiefergelenks- bzw. Ohrenschmerzen?				
13.	Haben Sie Kiefergelenksgeräusche?				
14.	Haben Sie eine Bewegungsabweichung des UK?				
15.	Haben Sie eine Beweglichkeitseinschränkung des UK?				
16.	Haben Sie eine Bewegungseinschränkung der HWS?				
17.	Leiden Sie unter Tinnitus?				
	Wenn ja, seit wann?				

		Nie	Manchmal	Oft	Ausschließlich
18.	Atmen Sie durch den Mund?				

		Ja	Nein
19.	Leiden Sie unter Schwindel?		
20.	Schnarchen Sie?		
21.	Leiden Sie unter Schlafstörungen?		
22.	Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?		
23.	Haben Sie Schluckstörungen?		
24.	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?		
25.	Leiden Sie unter Zahnschmerzen, Empfindlichkeiten?		
26.	Leiden Sie unter Zahnlockerung, Zahnabrieb?		
27.	Haben Sie eine Zahn-Kieferfehlstellung?		
28.	Leiden Sie unter Bissstörungen?		
29.	Leiden Sie unter einer		

	Ästhetischen Störung?		
30.	Leiden Sie unter häufigen HNO-Infekten?		
31.	Leiden Sie unter morgendlicher verstopfter Nase?		
32.	Leiden Sie unter Allergien?		
	Wenn ja, welche?		