

# Dentosophie

Atmen – Kauen – Schlucken

# Einverständniserklärung und Aufklärung

## DENTOSOPHIE – Kind

### **Funktionelle Behandlung - was ist das?**

Sie hat zum Ziel, das gesunde Muskelfunktionsmuster positiv zu beeinflussen und durch Verbesserung der (Kiefer-)Funktionen auch auf die Ästhetik positiv einzuwirken. Die Funktionelle Behandlung hat nicht zum primären Ziel, Zähne zu verschieben.

### **Behandlungsdauer**

Die Behandlungsdauer variiert von Fall zu Fall. Zunächst wird eine Behandlungsdauer von 12 Monaten angesetzt. Nach Abschluss der Behandlung können aufgrund des Kieferwachstums oder der Eruption weiterer Zähne kleine Modifikationen des Behandlungserfolges auftreten bis hin zu moderaten Rezidiven (Rückläufe). Diese Möglichkeit ist wenig vorhersehbar, sie ist allerdings weniger wahrscheinlich bei Verwendung eines Apparates zur Retention und regelmäßiger zahnärztlicher Kontrolle.

### **Ausschluss von Behandlungsgarantie**

Aufgrund unwägbarer Faktoren, besteht die Möglichkeit, dass der Behandlungserfolg nicht den ästhetischen Erwartungen des Patienten entspricht und ggf. eine kieferorthopädische Nachbehandlung oder prothetische Versorgung (Bisshebung durch (Teil-)Kronen) notwendig sein wird.

### **Behandlungsalternativen**

Eine Alternative zur Funktionellen Behandlung ist die klassische Kieferorthopädie mit festsitzenden Apparaturen. Zudem kommen in der klassischen Kieferorthopädie herausnehmbare mechanische Apparate zum Einsatz, vielfach wird eine Kombination von mehreren Apparaten verwendet.

### **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 und am Zahnfleisch verursachen. Weiterhin kann es zu „Muskelkater“ kommen. Im Fall von unzureichender Mundhygiene kann es zu Karies und/oder Gingivitis kommen. Daher sind

regelmäßige zahnärztliche Kontrollen im Laufe der Behandlung unabdingbar. Beschwerden im Kiefergelenk sind möglich (eingeschränkte Mundöffnung, Kiefersperre, Knacken, Reiben, Schmerzen vor dem Ohr).

Ich bin von Dr. I. Ambrus über die oben genannte Funktionelle Behandlung von meinem Kind aufgeklärt worden und bin mit der Behandlung einverstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, alle Fragen beantwortet zu bekommen. Die Kosten entsprechend des erstellten Behandlungsplanes erkläre ich mich bereit zu tragen. Mir ist bewusst, dass kein Erstattungsanspruch seitens der Krankenkassen besteht ggf. entsprechend meines Tarifes. Mir ist bewusst, dass ggf. die Kosten von mir privat zu tragen sind. Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zwischen Dr. I. Ambrus und mir fand statt. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich 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 durch einen klassischen Kieferorthopäden habe ich eingezogen bzw. möchte ich nicht hinzuziehen.**

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

-----  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind: grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine/ihre Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

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.

# Elternfragebogen zur Myofunktion & Atmung

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Name des Kinder: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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	

<b>Sprechen und Stimme</b>	JA	NEIN	?
Hemmungen zu sprechen / sehr schweigsam			
Schwierigkeiten verstanden zu werden / undeutliche Aussprache			
Schwierigkeiten bestimmte Laute zu bilden (zB s, sch, k, g,...)			
Fand / findet Logopädie statt			

<b>Schlafen</b>	JA	NEIN	?
Bestehen Einschlafschwierigkeiten? Braucht Ihr Kind lange zum Einschlafen?			
Wacht Ihr Kind häufig auf in der Nacht?			
Unruhiger Schlaf / dreht sich im Schlaf viel / bewegt sich viel?			
Schläft Ihr Kind mit einem nach hinten überstreckten Kopf?			
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?			
Schnarcht Ihr Kind?			
Atmet Ihr Kind laut und schwer im Schlaf?			
Hat Ihr Kind nachts Probleme mit der Atmung? / Macht Ihr Kind Atempausen nachts?			
Knirscht Ihr Kind in der Nacht oder presst die Zähne zusammen?			
Hat Ihr Kind Alpträume oder wacht schreckhaft auf?			

Nässt Ihr Kind (gelegentlich) nachts ein?			
Fällt Ihrem Kind das Aufwachen morgens schwer?			
Ist Ihr Kind morgens müde oder schläfrig? Braucht es lange um wach zu werden?			
Hat Ihr Kind morgens einen trockenen Mund?			
Hat Ihr Kind (morgens) Mundgeruch?			

<b>Essen &amp; Trinken</b>	JA	NEIN	?
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Essen / Kauen fester bzw. harter Nahrung?			
Nutzt Ihr Kind die Frontzähne zum Abbeißen? Beißt Ihr Kind in einen ganzen Apfel rein?			
Verschluckt sich Ihr Kind oft?			
Ist Ihr Kind sehr wählerisch beim Essen? Bevorzugt es bestimmte Konsistenzen oder lehnt bestimmte Konsistenzen ab?			
Isst Ihr Kind sehr langsam?			
Schmatzt Ihr Kind beim Essen oder kaut es oft mit offenem Mund?			
Isst Ihr Kind sehr schnell? Und schlingt das Essen runter?			
Kaut Ihr Kind sehr wenig oder schluckt das Essen unzerkaut runter?			
Spuckt es Nahrung wieder aus? Liegt ein Reflux vor, der ggf. medikamentös behandelt wird?			
Gab es Probleme beim Stillen? (zB. Geringe Gewichtszunahme? Immer wieder loslassen der Brust? Schmerzen beider Mutter? Koliken?)			

<b>Muskulatur &amp; Skelett</b>	JA	NEIN	?
Verspannungen / Schmerzen oder andere Auffälligkeiten im Schulter- oder Nackenbereich?			
Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen oder Migräne?			
Klagt Ihr Kind über Verspannungen?			
Lag ein KISS Syndrom vor (Kopfgelenk-induzierte-Symmetrie-Störung)			

<b>Verhalten &amp; Aufmerksamkeit</b>	JA	NEIN	?
Ist Ihr Kind oft unaufmerksam oder unkonzentriert? Haben Lehrer oder Erzieher dies schon einmal geäußert?			
Ist Ihr Kind oft müde, erschöpft, schläfrig oder lethargisch?			
Ist Ihr Kind hyperaktiv oder findet schlecht zur Ruhe?			

<b>Mund &amp; Zähne</b>	JA	NEIN	?
Bilden sich schnell Beläge auf den Zähnen oder neigt Ihr Kind zu Zahnstein?			
Hat Ihr Kind Beschwerden / Schmerzen / Knacken im Bereich der Kiefergelenke?			
Leidet Ihr Kind an einem ausgeprägten Würgereiz (beim Zähneputzen oder beim Zahnarzt)?			
Lutscht Ihr Kind am Daumen oder am Schnuller?			
Hat Ihr Kind den Mund tagsüber immer wieder geöffnet? zB. Vorm Fernseher? Bei den Hausaufgaben oder beim Malen. Es reicht hier auch, wenn der Mund nur einen Spalt geöffnet ist.			

<b>HNO</b>	JA	NEIN	?
Hat Ihr Kind häufige Infekte? Ist es immer wieder erkältet?			
Hört Ihr Kind schlecht?			
Fand eine HNO-OP statt? Entfernung der Rachenmandeln oder Polypen? Setzen von Röhrchen?			