

PATIENTEN-EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich möchte die Position meiner Zähne verändern.
Mein Änderungswunsch betrifft:

Ästhetik

Funktionalität/Biss

ICH BESTÄTIGE, DIE FOLGENDEN INFORMATIONEN BEZÜGLICH DER BEHANDLUNG ERHALTEN ZU HABEN:

- Die Zähne bewegen sich, wenn sie mit der Zeit Druck ausgesetzt werden. Das Endergebnis wird in den meisten Fällen dem virtuellen Vorschlag entsprechen, aber biologisch betrachtet sind alle Fälle unterschiedlich und individuell. Ich akzeptiere, dass es keine Garantie dafür gibt, dass das Endergebnis genau dem geplanten Vorschlag entspricht.
- Um die Behandlung durchführen zu können akzeptiere ich, dass an meinen Zähnen eine Zahrschiene/Aligner haftet und dass IPR (leichtes Anschleifen der Zähne, um Platz zu schaffen) an meinen Zähnen durch den Zahnarzt zur Anwendung kommt.
- Wenn ich meine Aligner nicht jeden Tag 22 Stunden lang im Mund trage, bewegen sich die Zähne nicht nach Plan oder die Behandlung dauert länger.
Die Verwendung der Aligner gemäß den Anweisungen liegt in meiner Verantwortung.
- Während dieser Behandlung haften Plastik-Aligner an meinen Zähnen in meinem Mund. Dies kann zu Beschwerden führen. Ich akzeptiere, dass der Druck auf meine Zähne manchmal schmerzhaft sein kann.
- Im Falle von erhöhten Schmerzen, als aufgrund des Drucks auf meine Zähne zu erwarten ist, bei z.B. Kieferschmerzen oder Kopfschmerzen, bin ich dafür verantwortlich, meinen Zahnarzt sofort zu kontaktieren.
- Nach Abschluss der Behandlung bestätige ich, über die Notwendigkeit einer weiteren Stabilisierung der Zähne informiert worden zu sein und diese verstanden zu haben. Ohne diese Stabilisierung/Retention bewegen sich meine Zähne, in den meisten Fällen in die Ausgangsposition zurück. Abhängig von meiner Behandlung muss ich eine Halteschnur, eine Halteschiene oder beides für mehrere Jahre verwenden/tragen. Ein späterer Rückfall nach meiner Behandlung gibt keinen Anspruch auf eine neue Behandlung.
- Unterbreche ich die Behandlung aus irgendeinem Grund, ist mir klar, dass mir die Kosten meiner Behandlung nicht erstattet werden.

Patient

Zahnarzt/Kieferorthopäde

Ort/Datum