

Einverständniserklärung und Einwilligung zu einer Funktionstherapie des stomatognathen Systems

1. Ich bin über Wesen und Technik der Funktionstherapie informiert worden und verstehe den Vorgang der Bißlagekorrektur. Es ist mir erklärt worden, dass mit dem Beginn der Schienentherapie eine Bißverschiebung einsetzen wird, die nicht reversibel ist.
2. Alle alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Versorgung sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund, meine Kiefergelenke und meine Muskulatur untersucht. In einer gegenseitigen Diskussion habe ich mich für die funktionstherapeutischen Maßnahmen entschieden.
3. Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für die funktionstherapeutische Maßnahme gegeben werden kann.
4. Ich bin darüber informiert worden, dass nach Abschluss der Schienenbehandlung eine Veränderung meiner Kauflächen zur Neueinstellung der Bisslage erfolgen muss. Es können dafür Versorgungen über Kronen / Teilkronen, Kieferorthopädie oder in Einzelfällen Einschleifmassnahmen erfolgen.
5. Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass funktionstherapeutische Leistungen und deren Folgeleistungen (s. Punkt 4) möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang von den Kostenträgern übernommen werden. Kürzungen des Honorars vonseiten der Krankenversicherungen gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir übernommen.

Einwilligung des Patienten :

Nach Besprechung bestätige ich hiermit, dass ich über das Ziel und den Ablauf, sowie die Risiken und möglichen Komplikationen informiert wurde.

Ich hatte Gelegenheit mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung und bei der Unterlassung der Behandlung auftreten können.

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Reutlingen, den

Patient :

Zahnarzt:

Praxispersonal: