

Informationen zur Langzeitstabilisierung nach kieferorthopädischer Behandlung für:

Lieber Patient, sehr geehrte Eltern,

die kieferorthopädische Behandlung ist nun mit der Erstellung der Abschlussbescheinigung beendet. Damit endet auch die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse.

Nach der kieferorthopädischen Behandlung kann es bei ungenügender Stabilisierung wieder zum Zurückwandern der Zähne in ihre alte schlechte Stellung kommen. Wir wissen heute, dass dies besonders bei eng oder gedreht stehenden Zähnen und bei Zahnlücken auftritt. Daher sollten die Retentionsgeräte (herausnehmbare Zahnspangen oder Schienen) auch noch nach der Behandlung regelmäßig getragen werden.

Wir empfehlen die Zahnspange mind. 1-2x pro Woche zu tragen. Wichtig ist, dass die Zahnspange immer noch gut passt und nicht drückt, dann haben sich die Zähne nicht verschoben. Sollte sie drücken, muss die Tragedauer gesteigert werden, damit die Zähne in ihre alte Position zurückwandern.

Besondere Sicherheit bietet ein Retentionsdraht, der an die Innenseite der Zähne geklebt wird. Dann müssen die Retentionsgeräte nicht so intensiv getragen werden. Der geklebte Draht sollte regelmäßig halbjährlich kontrolliert werden.

Eine Kontrolle des Behandlungsergebnisses kann durch unsere Praxis auch nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung erfolgen. Die dann von uns erbrachte Leistung und Reparaturen werden jedoch nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Privatleistung in Rechnung gestellt. Für die Untersuchung werden ca. 22 Euro (Pos. Ä1 und 6210) berechnet.

Es liegt in Ihrer Entscheidung wie lange stabilisierende Maßnahmen durchgeführt werden. Zur Sicherstellung des schönen Ergebnisses nach der kieferorthopädischen Behandlung, empfehlen wir diese Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Für noch nicht volljährige Patienten empfehlen wir unabhängig von der Kontrolle der Behandlungsgeräte eine Wiedervorstellung mit 17- 18 Jahren, um den Durchbruch der Weisheitszähne zu kontrollieren. Für diese Kontrolluntersuchung entstehen keine privaten Zusatzkosten.

Potsdam, den

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter: