

aesthetik

by INAZIERHUT

Berliner Straße 4 - 84478 Waldkraiburg - 01520 3321573

BEHANDLUNGSVERTRAG KOSMETISCHE ZAHNAUFHELLUNG

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____ PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Email: _____ Geburtsdatum: _____

- Hattest du bereits eine Zahnaufhellung? Ja Nein
- Hast du Allergien, Krankheiten, OPs oder empfindliche Zähne? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____
- Nimmst du regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____
- Hast du Kreislaufprobleme oder Epilepsie? Ja Nein
Wenn ja, welches? _____
- Leidest du an einer Munderkrankung oder Verletzungen im Mundbereich? Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit? Ja Nein
- Dürfen Behandlungsfotos zur uneingeschränkten Nutzung zu Werbe- und/oder
Schulungszwecken gemacht werden? Ja Nein

Eine kosmetische Zahnaufhellung ist nur bis zum ursprünglichen natürlichen Weiß deines Zahnes möglich. Somit geben die natürlichen Voraussetzungen deiner Zähne unsere Möglichkeiten vor. Es kann zu einer vorübergehenden Zahnpflichtigkeit und Reizung des Zahnfleisches/Mundschleimhäute/Lippe/Zunge kommen. Sehr selten können im Zahnschmelz eingelagerte Kalkansammlungen (sog. white spots) vorübergehend zum Vorschein treten. Die Aufhellung der Zähne ist KEINE zahnmedizinische Leistung, sondern eine rein kosmetische Anwendung. Entsprechend der europäischen Verordnung 1223/2009/EG enthält das Aufhellungsgel weniger als 0,1% Sauerstoffperoxid.

Ich wurde aufgeklärt dass:

1. Rauchen sowie der Genuss von viel Kaffee/Tee das Ergebnis durch Farbauflagerungen auf die Dauer zu nichte macht
2. empfindliche Zähne/Zahnfleisch können in seltenen Fällen 1-2 Tage etwas empfindlicher reagieren, zum Beispiel: kribbeln, kleine Blitze oder erhöhtes heiß/kalt Empfinden aufweisen. Dies reguliert sich sich aufgrund der Wasserzufuhr wieder.
3. ich 24 Stunden nach der Behandlung unbedingt auf färbende und säurehaltige Speisen und Getränke verzichten sollte. (z.Bsp. Balsamico, Kaffee, Tee, rote Beete, Obst-und Zitrusfrüchte, Tomatensauce, Cola, usw...)
4. die letzte zahnärztliche Untersuchung nicht länger als 3 Monate zurückliegen sollte.

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet, alle Hinweise sorgfältig gelesen, verstanden und akzeptiert habe und ich mit der Aufnahme und Speicherung meiner Daten einverstanden bin:

Ort - Datum _____ Unterschrift: _____

