

## CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca .com

Dr. Víctor J. Hernández Darias - Odontologo\*Zahnarzt\*Dentist

Col.N° 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

### Persönliche Daten

Datum:

Name:

NIE/NIF/Ausweisnummer:

### Veneers

#### in örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie

Wenn bei Ihnen eine Karies oder eine kleine bis mittlere Fraktur der Zahnkrone festgestellt wurde, ist Handlungsbedarf geboten um die Situation nicht zu verschlimmern. Vielleicht möchten sie auch zusätzlich eine kleine Zahnfehlstellung korrigieren, in solchen Fällen empfiehlt Dr. Víctor J. Hernández Darias ein Veneer aus Kunststoff oder vergleichbaren Materialien. Welches Material bei Ihnen verwendet wird, hängt von ihren persönlichen Gewohnheiten und dem Kauverhalten ab.

Die Erfolgchancen für diesen Eingriff sind individuell und werden bei uns ausführlich besprochen, bei einer guten Mitarbeit Ihrerseits sind sie sehr hoch. Eine unzureichende Mundöffnung und sehr hoher Speichelfluss können die Haltbarkeit und den Behandlungserfolg negativ beeinflussen.

Die Behandlung findet in einer Sitzung statt und dauert zwischen 30 Minuten und einer Stunde.

Bei einer vorhandenen Karies wird diese zu erst vollständig entfernt. Anschließend bereitet Dr. Víctor Hernández Darias den Zahn für Abformungen mit Silikonen und/oder Alginaten vor.

Behandlungsalternativen sind Kronen aus Keramik oder Kunststoff. Hier wird aber deutlich mehr Zahnschubstanz entfernt.

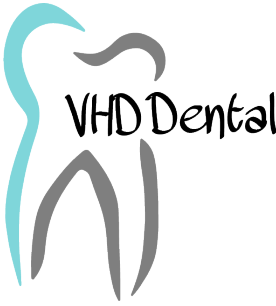
### **Einwilligung in den zahnärztlichen Eingriff**

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll.

Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung, Behandlung, Operation und zum Unterlassen des Eingriffes wurde ich ausreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen eine Erweiterung des Eingriffes und eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen erst später als notwendig herausstellen kann. Ich bin auf mögliche körperliche, seelische und berufliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Desweiteren wurde ich über folgende **mögliche Komplikationen** aufgeklärt:

- Allergische Reaktionen
- Taubheitsgefühl
- Aspiration von Gegenständen
- Verletzung der Weichteilgewebe
- Misserfolg, weiterer Behandlungsbedarf
- Schädigung des Zahnnervs
- Empfindlichkeiten nach der Behandlung
- Inkorrekte Farbanpassung/Bissanpassung



**CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca .com**

Dr. Víctor J. Hernández Darias - Odontologo\*Zahnarzt\*Dentist

Col.N° 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

**Persönliche Daten**

**Datum:**

**Name:**

**NIE/NIF/Ausweisnummer:**

**Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache, insbesondere:**

Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte soweit ich es wünschte.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode, sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Fotodokumentationen erfolgen und erkläre mich damit einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte/Anamnese alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach der Behandlung wurde ich belehrt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich einen Termin mindesten 24 Stunden vorher absagen muss, falls ich diesen nicht wahrnehmen kann. Mir ist bewusst, dass ich im Falle eines unentschuldigten Fehlens, sowie einer verspäteten Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € zu entrichten habe.

**Unterschrift des Patienten**