



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:

Zahnbleaching in der Praxis(mit Zahnschienen)

Sie sind optisch nicht mit der Zahnfarbe zufrieden und wünschen eine Optimierung/Aufhellung der Zähne? Hier kann Ihnen Dr. Víctor J. Hernández Darias mit einem Zahnbleaching weiterhelfen. Diese Behandlung besitzt keine zahnärztliche Notwendigkeit und findet immer auf eigenen Wunsch statt.

Die Erfolgchancen für diesen Eingriff sind individuell und absolut abhängig von einer guten Mitarbeit Ihrerseits.

Eine unzureichende Mundöffnung und sehr hoher Speichelfluss können das Ergebnis negativ beeinflussen. Füllungen, Kronen/Brücken und Veneers verändern nicht ihre Farbe durch ein Zahnbleaching und müssen anschließend möglicherweise getauscht werden.

Die Behandlung findet in einer Sitzung statt und dauert eine Stunde oder mehr.

Die Zähne werden zuvor gereinigt und von Ablagerungen befreit. Wir bringen einen Wangenabhalter in ihren Mund ein und schützen Ihr Zahnfleisch mit lichthärtenden Materialien und Tupfern. Das Bleachingmaterial wird aufgetragen und verbleibt zehn Minuten auf ihren Zähnen. Dieser Vorgang wird bis zum Erreichen des gewünschten Ergebnisses oder maximal 4Mal durchgeführt. Das Behandlungsergebnis kann sich in der Woche nach dem Bleaching noch verbessern oder sogar verschlechtern, das hängt von ihren Essgewohnheiten und der damit verbundenen Mitarbeit ab. Rauchen, Kaffee/Tee trinken und der verzehr von dunklen, färbenden Lebensmitteln sollte bis zu eine Woche nach der Behandlung unterlassen werden.

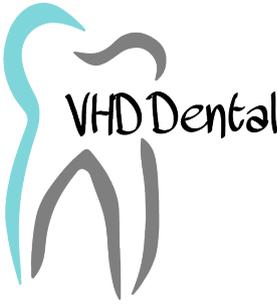
Einwilligung in die Behandlung

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt wird und wünsche diese ausdrücklich.

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 der Behandlung 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
- Aspiration von Gegenständen
- Verletzung der Weichteilgewebe/Verätzung
- Misserfolg, weiterer Behndlungsbedarf
- Empfindlichkeiten/Schmerzen nach der Behandlung
- uneinheitliches Ergebnis



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