

Zahnschmuck

Einverständniserklärung

Angaben zur Person

Vollständiger Name:

Geburtstag:

Anschrift:

Ort:

PLZ:

E-Mail:

Tel.Nummer:

Angaben des gesetzlichen Vertreters

Vollständiger Name:

Geburtstag:

Anschrift:

Ort:

PLZ:

E-Mail:

Tel.Nummer:

Ist eine oder mehrere Erkrankungen bekannt?

Karies

☐

besteht eine Schwangerschaft?

☐

Parodontitis

☐

Stillzeit

☐

Zahnfleischerkrankung

☐

akuter Infekt

☐

Epilepsie

☐

Allergien

☐

wenn ja, welche:

chronische Erkr.

☐

wenn ja, welche:

Zahnersatz wie Veneers
oder Kronen

☐

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Anbringen von Zahnschmuck ausführlich unterrichtet wurde. Über mögliche Risiken wurde ich von Zahnkosmetik Rostock aufgeklärt. Die Form sowie die Positionierung wurde besprochen und das Endergebnis wurde von mir vor dem Aushärten des Kunststoffes gezeigt und durch mich bestätigt. Für das Entfernen des Zahnschmucks und des Kunststoffes ist ein Termin in einer Zahnarztpraxis notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift