

## TRUDENT CLINICS EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR ZAHNAUFHELLUNG

### EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG

#### ZAHNAUFHELLUNG

\_\_ Diese Informationen wurden mir gegeben, damit ich eine fundierte Entscheidung über die Aufhellung meiner Zähne treffen kann. Ich kann mir so viel Zeit nehmen, wie ich möchte, um mich über das Unterzeichnen dieser Einverständniserklärung zu entscheiden. Ich habe das Recht, Fragen zu jeder Prozedur zu stellen, bevor ich dafür zustimme oder mich der Behandlung unterziehe. Ich möchte meine Zähne mit der „In-Office“-Technik aufhellen lassen.

#### BESCHREIBUNG DER PROZEDUR

\_\_ Beim In-Office-Bleaching handelt es sich um ein Verfahren zur Aufhellung meiner Zähne mithilfe eines Wasserstoffperoxid-Gels. Die In-Office-Bleaching-Behandlung umfasst die Anwendung des Gels, um in kürzester Zeit ein maximales Ergebnis zu erzielen.

\_\_ Während des Eingriffs wird das Aufhellungsgel in zwei oder drei 20-minütigen Sitzungen auf meine Zähne aufgetragen, optional ist eine vierte 20-minütige Sitzung möglich. Während der gesamten Behandlung wird ein plastischer Retraktor in meinen Mund eingesetzt, um ihn offen zu halten, und die Weichgewebe meines Mundes (d. h. meine Lippen, mein Zahnfleisch, meine Wangen und meine Zunge) werden abgedeckt, um sicherzustellen, dass sie nicht vom Gel berührt werden.

\_\_ Bei Bedarf kann auch Lippenbalsam aufgetragen werden und mir wird eine Schutzbrille für meine Augen zur Verfügung gestellt. Nach Abschluss der Behandlung werden der Retraktor und alle Gel- und Abdeckungen aus meinem Mund entfernt. Vor und nach der Behandlung wird die Farbe meiner oberen Frontzähne beurteilt und aufgezeichnet.

#### RISIKEN DER BEHANDLUNG

\_\_ Mir ist bewusst, dass die Ergebnisse einer In-Office-Aufhellung aufgrund verschiedener Umstände variieren oder sich verschlechtern können. Ich verstehe, dass fast alle natürlichen Zähne durch eine In-Office-Bleaching-Behandlung aufgehellt werden können. Ich verstehe, dass In-Office-Bleaching-Behandlungen nicht dazu gedacht sind, künstliche Zähne, Kappen, Kronen, Veneers oder andere restaurative Materialien aus Porzellan und Komposit oder verfärbte Zähne aufzuhellen.

\_\_ Ich verstehe, dass Zähne mit mehreren Verfärbungen, Streifen, Flecken oder Pickeln aufgrund der Anwendung von Tetracyclin oder Fluorose sich nicht so gut aufhellen und möglicherweise mehrere Behandlungen benötigen oder überhaupt nicht aufhellen. Mir ist bewusst, dass Zähne mit vielen Füllungen, Hohlräumen, Absplitterungen oder Rissen möglicherweise nicht heller werden und normalerweise am besten mit anderen nicht bleichenden Alternativen behandelt werden.

\_\_ Ich verstehe, dass die Ergebnisse der In-Office-Aufhellung nicht garantiert werden können.

## TRUDENT CLINICS

\_\_\_Mir ist bewusst, dass die Behandlung nicht ohne Risiko ist, obwohl mein Zahnarzt/Hygieniker auf die richtige Anwendung des In-Office-Bleaching-Systems trainiert wurde.

\_\_\_Mir ist bewusst, dass einige der möglichen Komplikationen dieser Behandlung Folgendes umfassen, aber nicht limitiert darauf sind:

\_\_\_Zahnempfindlichkeit ist normal und normalerweise mild, kann jedoch bei empfindlichen Personen schlimmer sein. Normalerweise klingen die Zahnempfindlichkeit oder die Schmerzen nach einer Zahnaufhellung nach ein paar Tagen ab, bei anfälligen Personen können sie jedoch auch über einen längeren Zeitraum anhalten.

Personen mit bestehender Empfindlichkeit, Rezession, freiliegendem Dentin, freiliegenden Wurzeloberflächen und großen Abnutzungsfacetten (stark abgenutzte Zähne), beschädigtem oder fehlendem Zahnschmelz, rissigen Zähnen, Hohlräumen, undichten Füllungen oder anderen Zahnerkrankungen, die Empfindlichkeit verursachen oder das Eindringen des Gels in den Zahn zulassen können feststellen, dass durch diese Zustände die Zahnempfindlichkeit oder Schmerzen nach der Aufhellungsbehandlung sich verstärken oder länger andauern.

\_\_\_Nach der Bleaching-Behandlung ist es ein natürlicher Vorgang, dass die Zähne, die der Bleaching unterzogen wurden, nach der Behandlung etwas in ihren Farbton zurückgehen. Dies ist natürlich und sollte sehr langsam erfolgen, kann jedoch beschleunigt werden, indem die Zähne verschiedenen färbenden Stoffen ausgesetzt werden. Die Behandlung umfasst in der Regel das Tragen einer Schiene zu Hause oder die Wiederholung der Aufhellungsprozedur.

\_\_\_Mir ist bewusst, dass die Ergebnisse der Bleaching nicht dazu gedacht sind, dauerhaft zu sein und dass weitere, wiederholte oder Take Home - Behandlungen erforderlich sein können, um den gewünschten Zahnton für meine Zähne beizubehalten. Mir ist bewusst, dass ich nach der Behandlung verpflichtet bin zu vermeiden, in den ersten 48 Stunden nach der Behandlung keine Substanzen zu mir zu nehmen, die meine Zähne verfärben könnten. Zu diesen Substanzen gehören: Kaffee, Tee und Cola, ALLE Tabakprodukte, Senf oder Ketchup, Rotwein, Sojasauce, Beeren, Beerenkuchen und rote Saucen.

Da es unmöglich ist, eine ganze Liste aller möglichen Komplikationen einer Zahnaufhellung anzugeben, ist die Liste der Komplikationen in dieser Form unvollständig. Die grundlegenden Verfahren einer Aufhellung sowie die Vor- und Nachteile, Risiken und bekannte mögliche Komplikationen alternativer Behandlungsmethoden wurden mir von meinem Zahnarzt/Hygieniker näher erläutert und mein Zahnarzt/Hygieniker hat alle meine Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Durch das Unterzeichnen dieser Einverständniserklärung kündige ich an, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen habe (oder sie mir vorgelesen wurde) und dass ich sie sowie die möglichen Risiken, Komplikationen und Vorteile, die sich aus der Bleaching Prozedur ergeben können, vollständig verstehe und dass ich damit einverstanden bin, mich dieser Behandlung zu unterziehen, so wie sie von meinem Zahnarzt und/oder seinem Personal beschrieben ist.

Indem ich dieses Dokument an der dafür vorgesehenen Stelle unterschreibe, bestätige ich, dass ich das gesamte Dokument gelesen und verstanden habe und dass ich damit zustimme, dass bei mir die In-Office-Bleaching- durchgeführt wird.

Der Name des Patienten in gedruckter Form \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_