

Einwilligungserklärung - Professionelle Zahnreinigung -

Liebe Patientin, lieber Patient,

durch eine professionelle Zahnreinigung lassen sich weiche sowie harte Beläge (Zahnstein) entfernen. Das Risiko für Zahnkrankheiten reduziert sich dadurch deutlich. Auch Kronen /Brücken und Implantate können Jahrzehnte länger halten, wenn sie regelmäßig zur Zahnreinigung gehen.

Vorausgesetzt, Sie pflegen die Zähne daheim ebenfalls gründlich.

Ablauf der Zahnreinigung

- Anamnese
- Mundhygieneunterweisung
- Entfernung der Zahnbeläge (Zahnstein)
- Entfernung der pigmentierter Beläge (Kaffee/ Tee/ Rauchbeläge...)
- Politur / Reinigung der Zahnzwischenräume + evtl. Brückenglieder/ Implantate
- ggf. Zungenreinigung
- Fluoridierung

Bei der Zahnreinigung bestehen gewisse Risiken, wie bei allen (zahn-)medizinischen Behandlungen:

- Reinigungsmaßnahmen können unangenehm, kitzelnd oder schmerzhaft sein
- saubere Zahnoberflächen / Zwischenräume können sich am Anfang ungewohnt anfühlen
- vorübergehende leichte Überempfindlichkeit der Zähne/ Zahnhäse gegen kalte, heiße, saure, süße Reize und Berührung
- Zahnfleischrötung / -reizung / -verletzung
- Verbleiben von einzelnen, nicht zu entfernbar Verfärbungen (schonend)
- allergische Reaktionen
- erneutes Auftreten von Flecken/ Belägen/ Verfärbungen (bei mangelnder Pflege und/ oder erhöhtem Konsum verfärbender Genussmittel)
- bei Zahnersatz (Kronen / Brücken/ Teleskope) freiliegende Kronenränder

HINWEISE !

Sollten Sie in den letzten 6 Monaten einen operativen Eingriff (Implantat / Herzschrittmacher / neues Knie / Hüfte / Endokarditis Ausweis) bekommen haben, so teilen Sie uns dies bitte mit !!!

Es müssen dadurch unseerseits bestimmte Maßnahmen vorgenommen werden.

Besteht zum Zeitpunkt der Reinigung eine Schwangerschaft, so teilen Sie uns dies bitte mit!

Die „natürliche Zahnfarbe“ wird wieder sichtbar, jedoch nicht heller. Einige Verfärbungen lassen sich nicht entfernen und bleiben trotz Reinigung bestehen.

Vermeiden Sie nach der Reinigung mindestens 1 Stunde lang die Nahrungsaufnahme sowie 2 Stunden lang die Aufnahme von Kaffee, Tee, Rotwein und Tabak.

Bei auftretenden Beschwerden / Schmerzen sollten Sie sich umgehend von Ihrer Zahnarztpraxis beraten lassen!

() Ich willige ein in die Behandlung / Zahnreinigung

() Ich willige nicht ein in die Behandlung / Zahnreinigung

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/ Datum

Unterschrift Patientin / Patient /
Bevollmächtigter / gesetzlicher Vertreter