

Formular zur informierten Einwilligung des Patienten für Zahnaufhellung

Allgemeine Informationen: Perfecta® Aufhellungsgels sind nur zur Verwendung im Rahmen einer vorgeschriebenen Behandlung unter Aufsicht eines Zahnarztes formuliert. Bitte lesen Sie alle Anweisungen in Ihrem Patientenleitfaden.

Nebenwirkungen: Bitte zögern Sie nicht, Ihrem Zahnarzt Beschwerdensymptome mitzuteilen. Während der ersten Behandlungstage sind wundes Zahnfleisch oder Wärme- oder Kälteempfindlichkeit der Zähne die am häufigsten auftretenden Beschwerden. Zur schnellen Behebung dieser Probleme wird Ihr Zahnarzt u.U. die Tragedauer der Aufhellungsschiene einschränken oder die Schiene regulieren. Ibuprofen oder ein leichtes Schmerzmittel wie Aspirin kann die Beschwerden auch mildern. Es wurde nicht nachgewiesen, dass dieses System negative Auswirkungen auf eine Schwangerschaft hat, allerdings wurden keine spezifischen klinischen Studien durchgeführt. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Erwartete Ergebnisse: Die Ergebnisse sind individuell verschieden, die meisten Patienten erzielen aber eine deutliche Aufhellung innerhalb von zwei bis drei Wochen. Kronen, Verklebungen und zahnfarbene Restaurationen hellen sich nicht auf und müssen u.U. zusätzlich behandelt werden. Die Aufhellung der Zähne hält normalerweise drei bis fünf Jahre lang. Bestimmte Nahrungsmittel, Getränke und Tabak bewirken eine allmähliche Verfärbung, wodurch ein Pflegeprogramm wie die Verwendung von Perfecta® Aufhellungszahncreme oder eine gelegentliche Auffrischbehandlung zur Aufhellung notwendig werden kann. Befolgen Sie alle Anweisungen genau.

Pflichten des Patienten: Ich verstehe sowohl die oben beschriebenen schriftlichen Hintergrundinformationen und Anweisungen, als auch die, die mein Arzt mir mündlich erteilt hat. Falls ich geplante Termine nicht wahrnehme oder das Aufhellungssystem nicht nach den Anweisungen verwende, kann dies zu nicht zufriedenstellenden Aufhellungsergebnissen und/oder Schäden führen oder Zahn-, Zahnfleisch- und Weichgewebereizungen bewirken. Ich hatte Gelegenheit, den Zahnarzt über jeden Aspekt der Behandlung zu befragen, der mir unklar ist. Ich verstehe, wie das Aufhellungsgel in die Schiene eingebracht wird und kenne den vorgeschriebenen Tragezeitplan. Ich willige in die Behandlung, die Gebühr für diese Behandlung und die Behandlungsaufzeichnungen für diese Aufhellung meiner Zähne ein. Ich verstehe, dass die sachgerechte Verwendung der Perfecta® Aufhellungszahncreme dazu beitragen kann, die Ergebnisse der Aufhellung aufrecht zu erhalten.

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____