

Empfang

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin
 Telefon: 030 / 206 202 33
 Telefax: 030 / 206 202 34
 info@zahnarzt-implantat-zentrum.de
www.zahnarzt-implantat-zentrum.de

Infobogen für In-Office-Bleaching (Aufklärung / Behandlungsvertrag / Rechnung / Quittung)

Behandlung



In-Office-Bleaching Mini	50,00 €
1- 2 verfärbte Zähne	
In-Office-Bleaching Klein	170,00 €
Ober- <u>oder</u> Unterkiefer	
In-Office-Bleaching Groß	320,00 €
Ober- <u>und</u> Unterkiefer	
Professionelle Zahnreinigung (PZR)	50,00 €
Sonderpreis bei In-Office-Bleaching	
Leitungsanästhesie	18,00 €
Ober- und Unterkiefer (nur wenn notwendig)	
Relief® ACP Oral Care Gel	gratis
Spezialprodukt für die Remineralisierung	
Fotodokumentation <input type="checkbox"/>	

Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig. Sollte das Ergebnis nach der Behandlung nicht Ihren Vorstellungen entsprechen so bieten wir Ihnen eine kostenlose Zusatzbehandlung an.

Informationen In-Office-Bleaching

- Zwei 20 minütige Anwendungen möglich (je nach gewünschtem Aufhellungsgrad)
- Volle Wirkung: sofort nach Behandlung, am effektivsten nach der professionellen Zahnreinigung
- Wirkungsdauer 3- 5 Jahre (abhängig von der Mundhygiene, regelmäßige professionelle Zahnreinigung verlängert das Ergebnis)
- Leichte Missempfindung nach der Behandlung ist normal, max. 12 Stunden
- Aufhellungsgel enthält Kaliumnitrat und Fluorid - dadurch Zahneempfindlichkeit nachweislich geringer

Vorbereitung In-Office-Bleaching: Optimaler Zahnschutz durch Remineralisierung

- 1 Woche vor dem Termin 2x täglich für 3 Minuten mit der Zahnbürste Relief® ACP Oral care Gel einmassieren. Nach jedem Auftragen 30 Minuten nichts essen und trinken.
- Sorgt durch prophylaktische Remineralisierung des Zahnes für ein optimales Bleachingresultat und vermindert bei empfindlichen Zähnen ein unangenehmes Stechen oder Ziehen.

Verhalten nach der Behandlung von In-Office-Bleaching

- 3 Tage keine farbstoffreichen Nahrungsmittel (z.B. Kaffee, Tabak, Rotwein etc.)
- Viel Wasser trinken
- Mit „elmex gelee®“ 1x wöchentlich die Zähne reinigen für 6 Wochen
- Zahnbürste mit extraweichen Borsten für mindestens 3 Wochen verwenden
- Reinigen der Zahnzwischenräume mit Zahnseide

Generell keine Behandlung bei

- Insuffizienter Restauration (undichte Kronen und Füllungsränder)
- Kariösen Defekten
- Zahnfleischentzündungen
- Überempfindlichen Zahnhälsen
- Einnahme von Antibiotika
- Diabetes
- Schwangerschaft/Stillzeit

Gefahren – Nebenwirkungen von In-Office-Bleaching

- Ziehen, Stechen, Schmerzen im Bereich der Zähne und des Zahnfleisches
- Entzündungsreaktionen der Pulpa (Zahnmark)
- Entzündungen der Gingiva (Zahnfleisch)
- Hypersensibilität (Überempfindlichkeit)
- Verringerte Härte des Zahnschmelzes
- Unzureichender Bleicheffekt

Einwilligung und Behandlungsauftrag

Ich habe die Informationen gelesen und verstanden. Durch das persönliche Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt fühle ich mich ausführlich informiert und aufgeklärt. Ich willige in die geplante Behandlung, ggf. einschließlich einer eventuellen Lokalanästhesie ein. Mir ist bewusst, dass für medizinische Behandlungen eine Garantie für ein perfektes Ergebnis nicht versichert werden kann.

Ich bin einverstanden, dass ggf. ein Lichtbild für Dokumentationszwecke im Rahmen der Behandlung angefertigt und gespeichert wird.

Ich wünsche wenn möglich gleich im Anschluss an dieses Aufklärungsgespräch eine Behandlung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und verzichte ausdrücklich auf eine weitere Bedenkzeit.

Der Preis für die gewünschte/n Behandlung/en beträgt insgesamt _____ €
(Keine USt. gemäß § 19 UStG)

Ich werde im Anschluss an die Behandlung den oben genannten Betrag beim Empfang in voller Höhe in bar, mit EC- oder Kreditkarte (VISA / MasterCard) begleichen.

Berlin, den _____

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

Betrag dankend erhalten

in bar

EC-Karte

VISA / MasterCard

Berlin, den _____

Datum, Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters