

Einverständniserklärung: Kosmetische Zahnaufhellung

Gel mit unter 0,1 % Peroxid und LED-Licht

Liebe Kundin, lieber Kunde, damit wir uns am Termin ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren können, füllen Sie diese Erklärung bitte vorab aus. Lesen Sie sie in Ruhe durch. Sie ergänzt unser persönliches Aufklärungsgespräch vor der Behandlung, ersetzt es aber nicht.

1. Ihre Angaben

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Termin am

Behandelnde Kosmetikerin (füllen wir aus)

Gebuchte Behandlung

☐ Magic (Erstbehandlung)

☐ Classic (Auffrischung)

Ihre Auszeit (freiwillig)

Nachdem wir Ihnen die Behandlung und alle Schritte erklärt haben, möchte ich während der Behandlung am liebsten:

☐ entspannen und abschalten, gern in Ruhe

☐ mich gern unterhalten

☐ ganz spontan, je nach Tagesform

2. Über die Behandlung

Ein Aufhellungsgel mit weniger als 0,1 % Peroxid wird in eine Mundschiene gefüllt und mit LED-Licht aktiviert. Die Behandlung dauert etwa 60 Minuten. Sie ist rein kosmetisch und ersetzt keine zahnärztliche Untersuchung oder professionelle Zahnreinigung.

Mögliche Begleiterscheinungen und Risiken:

- Vorübergehende Empfindlichkeit der Zähne
- Leichte Reizung des Zahnfleisches
- Kronen, Füllungen, Veneers und Zahnersatz hellen nicht auf, dadurch können Farbunterschiede entstehen
- Das Ergebnis hängt von Zahnfarbe und Lebensgewohnheiten ab und hält etwa 4 bis 8 Monate

Das Ergebnis ist individuell und hängt unter anderem von Hauttyp, Alter, Lebensstil und Pflege zu Hause ab. Ein bestimmtes Ergebnis kann nicht garantiert werden.

Alternativen: Je nach Wunsch kommen auch professionelle Zahnreinigung oder Bleaching in der Zahnarztpraxis in Frage. Ich kann mich auch gegen eine Behandlung entscheiden.

3. Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie jede Frage. Ein „Ja“ schließt die Behandlung nicht automatisch aus, wir besprechen es gemeinsam.

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Karies, Zahnfleischentzündungen oder freiliegende Zahnhälse?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie empfindliche Zähne?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Kronen, Füllungen oder Veneers im sichtbaren Bereich?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Zahnsperre oder tragen Sie Aligner?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie gegen Peroxid oder Bestandteile von Zahnpflegeprodukten?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Epilepsie oder reagieren Sie empfindlich auf Licht?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beschreiben Sie es bitte kurz:

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

4. Pflege nach der Behandlung

- 48 Stunden keine stark färbenden Lebensmittel und Getränke (Kaffee, Tee, Rotwein, Curry)
- 48 Stunden möglichst nicht rauchen
- Bei Empfindlichkeit eine Zahnpasta für empfindliche Zähne nutzen

Die ausführliche Pflegeanleitung erhalten Sie bei Ihrem Termin. Bei ungewöhnlichen Reaktionen wie starker Schwellung, Eiterbildung, Fieber oder anhaltenden Schmerzen melden Sie sich bitte sofort bei uns und suchen Sie bei Bedarf eine Ärztin oder einen Arzt auf.

5. Rechtliche Hinweise und Einverständnis

Kosmetische Behandlungen, bei denen die Haut verletzt oder stark beansprucht wird, sind rechtlich nur mit Ihrer wirksamen Einwilligung erlaubt (§§ 223, 228 StGB). Wirksam ist sie nur, wenn Sie vorher verständlich aufgeklärt wurden. Da diese Behandlung rein kosmetisch und medizinisch nicht notwendig ist, klären wir besonders ausführlich auf. Ihre Einwilligung können Sie bis zum Beginn der Behandlung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

- ☐ Ich wurde in einem persönlichen Gespräch über Ablauf, Wirkung, Risiken, Alternativen, Kosten und die Pflege danach verständlich aufgeklärt. Meine Fragen wurden vollständig beantwortet.
- ☐ Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und entscheide mich freiwillig für die Behandlung.
- ☐ Meine Angaben zur Gesundheit sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen teile ich vor jedem weiteren Termin mit. Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlende Angaben zu Komplikationen führen können.
- ☐ Mir ist bewusst, dass es sich um eine kosmetische Behandlung handelt, die keine ärztliche Untersuchung oder Behandlung ersetzt.
- ☐ Ich halte mich an die Pflegehinweise und weiß, dass das Ergebnis auch davon abhängt.
- ☐ Ich willige ein, dass das Kompetenzzentrum für Ästhetik & Schönheit meine Gesundheitsangaben zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung verarbeitet (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Die Unterlagen werden aufbewahrt, solange Ansprüche aus der Behandlung geltend gemacht werden können, und danach gelöscht. Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen, z. B. per E-Mail an info-schoenheit@gmx.net.
- ☐ Eine Kopie dieser Erklärung erhalte ich auf Wunsch.
- ☐ Ich bestätige, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin.

☐ Ich willige in die Behandlung „Kosmetische Zahnaufhellung“ ein.

Fotos (freiwillig)

- ☐ Vorher-/Nachher-Fotos dürfen zur Dokumentation meiner Behandlung gemacht werden. Sie werden nicht veröffentlicht.
- ☐ Die Fotos dürfen ohne erkennbares Gesicht und ohne Namen auf Website und Social Media gezeigt werden.
- ☐ Die Fotos dürfen auch mit erkennbarem Gesicht, ohne Namen, auf Website und Social Media gezeigt werden. Widerruf jederzeit möglich, veröffentlichte Fotos entfernen wir dann.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Kundin / Kunde

Unterschrift Kosmetikerin

Bei Minderjährigen: Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Für das Studio: Dokumentation der Behandlung

Aufklärungsgespräch am / durch

Zahnfarbe vorher

Zahnfarbe nachher

Produkt / Charge

Bemerkungen