



Einverständniserklärung & Haftungsausschluss für Tooth Gems Behandlung

(ab 18 Jahren) ✨



Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

Datum der Behandlung: _____

♥ Einverständnis zur Behandlung

Ich bestätige hiermit:

- Ich lasse mir freiwillig Zahnschmuck (Tooth Gems) anbringen.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es sich um eine rein kosmetische Behandlung handelt.
- Es erfolgt kein Bohren oder dauerhafte Veränderung des Zahns.
- Der Zahnschmuck wird mit dentalem Kleber befestigt und kann sich jederzeit wieder lösen.

⚠️ Aufklärung über Risiken

Ich wurde über mögliche Risiken informiert:

- Ablösen des Steins
- Verschlucken oder Einatmen des Steins
- Reizung von Zahn oder Zahnfleisch
- verkürzte Haltbarkeit bei falscher Pflege

✚ Gesundheitsangaben

Ich bestätige:

- Ich habe aktuell keine bekannten Zahnerkrankungen (z. B. Karies, Entzündungen).
- Ich habe keine bekannten Allergien gegen die verwendeten Materialien.
- Ich werde die Pflegehinweise befolgen.

🛡️ Haftungsausschluss

Ich übernehme die Verantwortung für eventuelle Komplikationen nach der Behandlung, soweit diese nicht auf grobe Fahrlässigkeit der Behandlerin zurückzuführen sind.

📷 Foto- & Videoerlaubnis (optional)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Foto- und Videoaufnahmen meiner Zähne / meines Lächelns gemacht werden.
- ☐ Ich erlaube die Verwendung dieser Aufnahmen für Marketingzwecke (z. B. Social Media).
- ☐ Ich wünsche keine Veröffentlichung meiner Aufnahmen.

(Hinweis: Es werden keine vollständigen Gesichter ohne ausdrückliche Zustimmung gezeigt.)

♥ Einverständniserklärung

Ich habe alle Informationen gelesen und verstanden und stimme der Behandlung zu.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Kund*in

Unterschrift Behandler*in