



Einverständniserklärung & Haftungsausschluss für Tooth Gems Behandlung

(unter 18 Jahren) ✨



Angaben minderjährige Person

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Datum der Behandlung: _____

Angaben Erziehungsberechtigte*r

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

♥ 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.

+ Gesundheitsangaben

Ich bestätige:

- Es sind aktuell keine bekannten Zahnerkrankungen (z. B. Karies, Entzündungen) vorhanden.
- Es bestehen keine bekannten Allergien gegen die verwendeten Materialien.
- Die Pflegehinweise werden befolgt.

📷 Foto- & Videoerlaubnis (optional)

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

Unterschrift
minderjährige Person

Unterschrift
Behandler*in

⚠️ 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

🛡️ Haftungsausschluss

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