



WHITE SMYLE
DENTAL

Einverständniserklärung

Name _____

Vorname _____

Ich beauftrage die behandelnde Zahnärztin / Zahnarzt meinen Retainer zu entfernen.

Ich wurde über die Folgen aufgeklärt und nehme zur Kenntnis, dass die Zähne welche mit Kieferorthopädie begradigt wurden, durch die Entfernung des Retainers sich wieder in die ursprüngliche Position zurückbewegen können.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____