



Golden Smile

Professioneel Tanden Bleken

Intake formulier tanden bleken Golden smile Hoorn

Naam klant:.....(M / V)

Email adres:.....

Datum behandeling:.....

Geboorte datum:.....

Consumptie patroon dagelijks

Tabak: ja/nee

Thee: ja/nee

Koffie: ja/nee

Cola: ja/nee

Rode wijn: ja/nee

Kerrie kruiden: ja/nee

Red Bull Energie: ja/nee

Medische voorgeschiedenis:

Antibiotica/fluortabletten als kind: ja/nee

Kronen/facings/vullingen: ja/nee

Fluorose: ja/nee

Dode Tanden: ja/nee

Eerdere bleekbehandelingen ja/nee

Zo ja, datum:.....

Initiële kleurbepaling (VITA Shade Guide)

S2 S4 S6 S8 S10 S12 S14 S16 S18 S20 S22 S24 S26 S28 S30 S32 S34 S36 S38 S40

Finale kleurbepaling (VITA Shade Guide)

S2 S4 S6 S8 S10 S12 S14 S16 S18 S20 S22 S24 S26 S28 S30 S32 S34 S36 S38 S40