



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 3425	DOB	: 20-Mar-1990
Patient Name	: Amit Rawtani	Gender	: Male
Nationality	: British	Date	: 23-Mar-2024
Emirates ID	: 784-1990-1245390-0		

Teeth Whitening

تبييض الأسنان

Teeth discolor as time passes due to the teeth's defected structure, patient habits, and environmental causes. Most of teeth discolorations can be treated with teeth whitening. The process of teeth whitening requires proper isolation of the gums. After that is achieved the whitening gel is applied onto the teeth's surfaces and activated by plasma light for 1 hour. The results are instant. The results vary from one person to the other and depend on the cause of discoloration and the teeth's degree of discoloration. If the desired shade is not reached the treatment could be repeated at a later day and the patient will pay the full cost at each session. The patient is advised to refrain from consuming tobacco, tea or coffee for at least the first week after bleaching. The longevity of the results varies from one patient to the other and may last from days to months. In some cases, the patient may feel some sensitivity or pain after bleaching this will be resolved by itself in a matter of days and could be treated by using over the counter pain sedatives. If the sensitivity or pain persists the patient should consult his/her doctor. In case the patient had any tooth colored filling in one or more of the teeth to be bleached will have a different color because the filling doesn't respond to bleaching. Any further treatment happens unexpectedly to the treatment plan for any reason, would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. After treatment patient may feel pain, burning sensation of the gums and notice white appearing gums. This is just a momentary reaction that will resolve in shortly.

In case the patient insisted on the treatment plan in conflict with the dentist's advice, he / she or his / her representative or the person responsible for him / her has to sign a pledge that Dentistree Dental Clinic, and its physicians / Dentists, in full from of any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

The patient's absence on the dates and timings set for him / her or lack of commitment to the doctor's instructions could lead to complications that would change the treatment plan, or lead to its failure, and in such case, he/she alone would be responsible to pay the cost of the original treatment plan already agreed

بيئية. معظم حالات تلون الأسنان ممكن علاجها بالتبييض عملية اللثة كاملة و من ثم وضع مادة التبييض على السن و تفعيلها بواسطة اعة. يحصل المريض على نتائج فورية. قد تختلف النتائج من مريض ف طبيعة الأسنان ودرجة تفاعلها مع العلاج. و تعتمد النتائج على فرار. إن لم يحصل المريض على النتائج المرجوة فعليه بإعادة العلاج مع المريض بالإبتعاد عن الدخان و القهوة و الشاي و أية أطعمة ملونة بوع. مدة دوام فعالية التبييض تختلف من شخص لآخر و قد تمتد من ن الحالات قد يشعر المريض ببعض الحساسية أو الألم التي يمكن الخفيفة لكنها ستزول خلال يوم أو يومين. في حال لم يزول الألم على بييه. إذا كان أحد الأسنان التي يتم تبييضها فيه حشوة سن بيضاء فقد تختلف لأن الحشوة لا تتأثر بالتبييض. أي علاج آخر يطراء على خطة فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد بعض الأحيان بالرغم من عزل اللثة محكماً قد تتسرب بعض من مادة يسبب الشعور بالألم أو الحرق أو ابيضاض اللثة لكن كل هذه الآثار ضون ساعات.

ض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو ول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعنى عيادة عيادة وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو محتوية م التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل يتحمل المريض أيضا أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادة أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت. إحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو أو يمثله على هذه الورقة يعنى أنه قرأها وفهم مافيه وقبلها واستفسر به كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد لها ب من اطباء عيادة عيادة دينتاستري للسنان البدء في العلاج وفوضهم سب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و يدفع كامل

و عليه أوقع توقيع المريض / المريضة أو من يمثله: