



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 2795	DOB	: 12-Aug-1992
Patient Name	: Martina Corry	Gender	: Female
Nationality	: Irish	Date	: 28-Mar-2024
Emirates ID	: 999-9999-9999999-9		

Teeth Cleaning

تنظيف الأسنان

Teeth's cleaning is a process in which plaque (a thin soft white layer covering the teeth) or calculus (the hardened or calcified plaque) is removed using the latest dental ultrasonic machine at high speed with water spray as a coolant. Plaque usually needs one session of cleaning after which airflow technique and professional polishing is performed. As for calculus it may require 1 to 2 sessions depending on its extent. If its superficial then one session is required after which polishing is done to smooth the teeth. If the calculus is deep then that requires 2 or more sessions of deep scaling in which the roots are also cleaned, smoothed and polished. If any further treatment is unexpectedly added to the treatment plan for any reason, it would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. After scaling the patient may feel slight to moderate sensitivity depending on extent of the calculus. Some mobility may be experienced in cases of deep scaling the severity of which depends on extent of bone loss and may require further treatment. Some patients may notice some spaces between their teeth those are due to the removal of the calculus that was occupying that space.

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف فوق صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تنعيم السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جملتان في الغالب (باعتباراً على مدى إشتار أو مدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعمل الأظفار سيتطلب جلسة واحدة للتنظيف وتنعيم وتنعيم السن). أما إذا كان الجير متشتر إلى الجذر فيحتاج المريض لجلسات أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تنعيم وتنعيم السن والجذر. أي علاج آخر يطرا على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير وإذا كان الجير متشدداً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لتخفيف علاج إضافية. قد يتطلب المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يملأ هذه الفراغات في حال استمرار المريض على تغير عتبه العلاج ما يتزامن مع تنعيم الطبيب فلهه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التمهيد الخاص بذلك والذي يعني إعادة ديتاستري للمتابعة بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تترتب عنها العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأساسية المتعلق إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تسهيل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى بكون تحمل إعادة ديتاستري للمتابعة إنطلاقاً من أي مسؤولية طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل وهي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تلقي المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها وفهم مضمونها وأنها متفق عليها بشكل كامل ووضوح على ما يتفق عليه من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة ديتاستري للمتابعة في العلاج ووضوحهم بعمل ما يرونه مناسب لعلاجهم واتمهدهم بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج وبتدفع كامل تكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق وعلية أوافق توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

In case the patient insisted on modifying the treatment plan against the doctor's recommendations then he/she or his/her representative or the person responsible for him/her has to sign a pledge that exempts Dentistree Dental Clinic, and its 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 upon in addition to the additional cost resulting from modifying the treatment plan. The patient in this case is responsible about the results whatsoever and should fully exempt Dentistree Dental Clinic and its doctors from any liability whether financial, medical legal or moral.

The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of the treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

Signing this paper by the patient or any who is responsible for him/her or represents him/her means that: He/she has read the paper and understood its contents, and has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party they want to consult, and that the patient has approved what was explained to them and requested the physicians of Dentistree Dental Clinic to begin the treatment and gave them the authority to do whatever they consider is appropriate for his/her case, and pledged to follow their instructions, attend all the treatment sessions on time and pay the treatment cost in full. He/she has read the paper and understood its contents, and has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party they want to consult, and that the patient has approved what was explained to them and requested the physicians of Dentistree Dental Clinic to begin the treatment and gave them the authority to do whatever they consider is appropriate for his/her case, and pledged to follow their instructions, attend all the treatment sessions on time and pay the treatment cost in full.

I have read all what is mentioned above and I will sign below in agreement on it.

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

Martina Corry  28-Mar-2024
Patient's name Signature of Patient Legally authorized Representative Date

 28-Mar-2024
Witness Signature Date

Pearl Pinto  28-Mar-2024
Dentist's Signature Date

