



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 450  
Patient Name : AMMAR ABBAS  
Nationality : Indian  
Emirates ID : 784-1996-0749626-4  
DOB : 06-Mar-1996  
Gender : Male  
Date : 30-Apr-2024

## 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.

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**

AMMAR ABBAS

30-Apr-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

30-Apr-2024

Witness Signature

Date

Pearl Pinto

30-Apr-2024

Dentist's Signature


Date

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بفضاء ناعمة تغطي الأسنان) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج بالأعلى جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة مجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو عمق الجير. إذا كان الجير سطحي فعملية الأظلم مستطلب. جلسة واحدة لتنظيف وتلميع وتنعيم الأسنان. أما إذا كان الجير متشم إلى الجذر فيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تنعيم وتلميع السن والجذر. أي علاج آخر يطرأ على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض تحملها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية عظيمة إلى متوسطه حسب نسبة الجير و إلا كان الجير عمداً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لعقمة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يخلط هذا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعمد الخاص بذلك والذي يعني إعادة دينتاستري للسن وأطباؤه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنيّة مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل إعادة عيادة دينتاستري للسن وأطباؤه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو مدنيّة مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل وهي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكتمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها وفهم مآلها وقبولها واستقر على ذلك بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالخطة العلاجية من انتهاء المادة ومن أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة دينتاستري للسن وأطباؤه في العلاج وطرحهم بحمل ما يرونه مناسب لعلاجهم وتمهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج وبتوقيع كامل تكلفة العلاج.

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

**Dr. Pearl Pinto**  
General Dentist  
DENTISTREE DHA-04205785-003  
DENTISTREE DENTAL CLINIC