



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 2943	DOB	: 19-May-1981
Patient Name	: Nitesh Sunder Kripalani	Gender	: Male
Nationality	: Indian	Date	: 10-May-2024
Emirates ID	: 784-1981-1810149-6		

## 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 extend of the calculus. Some mobility may be experienced in cases of deep scaling the severity of which depends on extend 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 الفوق صوتية التي تستخدم الماء للترطيب. البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تنعيم السن بواسطة مجوهرات تستخدم خصيصاً أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جاساتان في الغالب اعتماداً على مدى إنتشار أو حدة الجير. أما إذا كان الجير سطحي فعمل الأكلاب سينتقلب. جلسة واحدة للتنظيف وتنعيم وتنوع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فيحتاج المريض الجاساتان أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تنعيم وتنوع السن و الأكلاب أي علاج آخر يتواءم على خطة العلاج لأي سبب فقد تكلفه إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف ممكن ان يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير عميق كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خشونة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود إفرازات بين الأسنان لذلك سبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب عليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على النموذج الخاص بذلك والذي يعني إعادة دينتاستري للسماح بإتمامه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدعوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الطبيب قد تؤدي إلى مضاعفات قد ترفع خطة العلاج أو تؤدي إلى فحله وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية الملتحق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحميل إعادة دينتاستري للسماح بإتمامه أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدعوية مهما كانت.

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 any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

إن تكلفه جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تكمل المريض العلاج الذي سببه إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه أراد وأتم ما عليه وعليها واستغنى بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من الأداء والمادة ومن أي جهة أخرى ويريدنا ووافق عليها وطلب من أطباء إعادة دينتاستري للسماح بإتمامه والعمل ما يورثه لعلاجهم ولتمهيد الالتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و دفع كامل تكلفة العلاج.

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.



لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع توقيع المريض/ العريضة أو من يمثله:

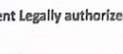
The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of the treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

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

  10-May-2024

Patient's name: Nitesh Sunder Kripalani  
Signature of Patient Legally authorized Representative:   
Date: 10-May-2024

Witness Signature:    
Date: 10-May-2024

Rutul Desai  
Dentist's Signature:   
Date: 10-May-2024

