



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 1279		
Patient Name	: Reham Syed Sameer	DOB	: 07-May-2006
Nationality	: Indian	Gender	: Female
Emirates ID	: 784-2006-3830879-9	Date	: 10-May-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.

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 لتبريد البلاك يحتاج بالألحاح جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلسات في الغالب اعتماداً على مدى إنتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعلى الألحاح سيتطلب جلسة واحدة للتنظيف وتلميع وتنعيم السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فيحتاج المريض لجلسات أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تلميع وتلميع السن والجذر. أي علاج آخر يتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير. إذا كان الجير عميقاً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو عذلة في السن وقد يحتاج المريض لجلسة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان وذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات. في حال إمرار المريض على تلميع عظمه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فحظه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعمد الخاص بذلك والتي تعني إعادة عيادة دينتستري للسناتري لسلامته بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو ممنوعة 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 بالإضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دينتستري للسناتري لسلامته أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو ممنوعة 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 تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل وهي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تكمل المريض لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه قرأها وافهم مضمونها وقبولها واستفهم بشكل كامل ووضوح كل ما يتضمنه من علاج من قبلها، بما في ذلك أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة دينتستري للسناتري في العلاج وفهمهم بعمل ما يرونه مناسب لعلاجهم وتمهيداً بالالتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج وبدفع كامل لتكلفة 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/ المريضة أو من يمثله:

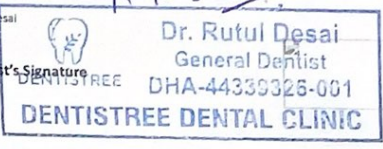
The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of the treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

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

	<input type="text"/>		
Patient's name	Signature of Patient Legally authorized Representative	Date	10-May-2024
Witness Signature		Date	10-May-2024
Dr. Rutul Desai		Date	10-May-2024
Dentist's Signature		Date	





DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 1279	DOB	: 07-May-2006
Patient Name	: Reham Syed Sameer	Gender	: Female
Nationality	: Indian	Date	: 10-May-2024
Emirates ID	: 784-2006-3830879-9		

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 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.

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, unless the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

By signing this paper by the patient or any who is responsible for him/her or represents him/her means that: he has read the paper and understood its contents, and has signed 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 doctors 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 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 to follow their instructions, attend all the treatment sessions on time and pay the treatment cost in full.

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

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

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

Signature

Name

Date

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 للتبريد. البلاك يحتاج بالأدوات خاصة وأجهزة التنظيف من بعدها يتم تنظيف السن بواسطة معجون يستخدم خفياً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة أو جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فغالب الألبس ستحتاج جلسة واحدة للتنظيف وتنعيم وتلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسيحتاج 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 دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة في المنطقة حسب نسبة الجير وإذا كان الجير منتشر كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لبعض علاجات إضافية. قد يلحق هذا الأعراض بعد التنظيف وجود فرط الحساسية للأسنان لذلك يجب إزالة الجير الذي كان يتسبب فيه. هذا الفرط في حال استمرار المريض على تعريضه للعلاج بما يناسب مع نصائح الطبيب فله هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعني إعادة جلستان أو جلستان إضافية 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 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 جلستان أو جلستان إضافية أو مسؤولية مالية أو 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 إنهاء العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه قرأها وفهم ماقيلها وافقها وانفرد بشكل كامل ووضوح كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وتلقب من أطباء عيادة دنتيستري للسناتلديه في العلاج وفوضهم بأكمل ما يرونه مناسب لعلاجهم وتمهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج وتدفع كامل تكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق وعلية أوافق توقيع المريض/ العريضة أو من يمثله.

Dr. Rutul Desai
General Dentist
DHA-44330326-001
DENTISTREE DENTAL CLINIC