



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 119	DOB	: 19-Jul-1978
Patient Name	: KASHISH SANJAY BATHEJA	Gender	: Female
Nationality	: Chinese	Date	: 11-May-2024
Emirate ID	: 784-1978-9603210 5		

### 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 (وهو الغشاء اللصق) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف فوق صوتية التي تستخدم الماء الكبريتيك. البلاك يحتاج جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تشعير الأسنان بواسطة مسجون يستخدم عموماً أثناء تنظيف الجير فيلتب من جثثه إلى جثثتان في الغالب إحداهما على مدى إندثار أو حدة الجير. أما إذا كان الجير ملتحق الأظفار فيحتاج جلسة واحدة للتنظيف وتلميع و تشعير الأسنان. أما إذا كان ملتحق إلى الجذر فيحتاج المريض لجلسات أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تشعير و تشعير الأسنان و الجذر أي علاج أسمر يظهر على غشاء العلاج ولاي سبب فيه تكلفه إضافية. يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواد علاج إضافية بعد التنظيف. يمكن أن يشعر المريض بصعوبة تحريك أو مقاومة حسيب أسنة الجير و إذا كان الجير ملتحق كبراً فقد يكون هناك حركة أو خشافة في السن وقد يحتاج المريض لجلسة علاج إضافية. قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يمتلئ هذا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغير غشاء العلاج بما يحتاج مع تصحيح الطبيب فغدير هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على النموذج الخاص بذلك والذي يخلي المريض عبادة عيادة دنتيستري للاستشارات بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنية مهما كانت.

إن عدم التزم المريض والمواعيد المحددة له أو التعليمات الأولية قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير غشاء العلاج أو تؤدي إلى الخلع وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفه عملية العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل غشاء العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة عيادة دنتيستري للاستشارات المالية، الطبية، القانونية أو مدنية مهما كانت.

إن تكلفه جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرصعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تكمل العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها وفهم ما فيها وأنها ستعبره بشكل كامل وورثه كل ما يحتاج العلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يبردها وذلك عليها والتعبير من أطباء عيادة عيادة دنتيستري للاستشارات المالية، الطبية، القانونية أو مدنية ما يبرده من تكلفه وعمله بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و يدفع كامل تكلفه العلاج.

لقد قرأت ما سبق و عليه 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.

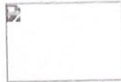
The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of the treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

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

  
KASHISH SANJAY BATHEJA



11-May-2024

Patient's name

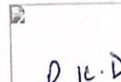
Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

11-May-2024

Witness Signature



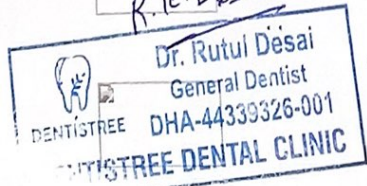


Date

Rutul Desai

11-May-2024

Dentist's Signature



Date

