



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 3694	DOB	: 03-May-1985
Patient Name	: Norazah Binte A Rahman	Gender	: Female
Nationality	: Singapore	Date	: 23-May-2024
Emirates ID	: 784-1985-5986583-1		

Teeth Cleaning

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

Norazah Binte A Rahman

23-May-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

23-May-2024


Witness Signature

Date

23-May-2024

Pearl Pinto

Dentist's Signature

 Dr. Pearl Pinto
General Dentist
DENTISTREE DHA-04205783-003
DENTISTREE DENTAL CLINIC

تنظيف الأسنان

صليية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (زمو البلاك المتصلب) بواسطة أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للترسيب. البلاك يحتاج بالأظب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم التلميع السن بواسطة مسجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي المثل الأظب يحتاج جلسة واحدة للتنظيف والتلميع واما إذا كان الجير متشعب إلى الجوار السطح يحتاج الجلستان أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم التلميع و التلميع السن و الجير اي 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 عذبة في المنطقة حسب نسبة الجير و اذا كان الجير متشعب كثيراً فقد يكون هناك حركة أو عذبة في السن وقد يحتاج المريض لعطلة علاج إضافية. قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يملأ حنا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بعد تنظيفه مع نتائج جيدة الطبيب عليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والتي يخلي عيادة عيادة دنتستري للاستطابته بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تدبر خطة العلاج أو تؤدي إلى فقدانها وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المفقود عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة من تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحميل عيادة عيادة دنتستري للسننار أطبائه أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم وكامل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها و فهم مضمونها وأنها واضحة بشكل كامل ورضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء الأسنان و من أي جهة أخرى ورضيه ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادة دنتستري للاستطابته في العلاج ورضيه يعمل ما يراه مناسب لمعالجه وتمهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

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