DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	:	3811			
Patient Name	:	Yelena Talli	DOB	:	21-Jan-1982
Nationality	:	Kazakhstani	Gender	:	Female
Emirates ID	:	784-1982-2938739-8	Date	:	20-Jun-2024

Teeth Whitening

Teeth discolor as time passes due to the teeth's defected structure, patient habits, and environmental causes. Most of teeth discolorations can be treated with teeth whitening. The process of teeth whitening requires proper isolation of the gums. After that is achieved the whitening gel is applied onto the teeth's surfaces and activated by plasma light for 1 hour. The results are instant. The results vary from one person to the other and depend on the cause of discoloration and the teeth's degree of discoloration. If the desired shade is not reached the treatment could be repeated at a later day and the patient will pay the full cost at each session. The patient is advised to refrain from consuming tobacco, tea or coffee for at least the first week after bleaching. The longevity of the results varies from one patient to the other and may last from days to months. In some cases, the patient may feel some sensitivity or pain after bleaching this will be resolved by itself in a matter of days and could be treated by using over the counter pain sedatives. If the sensitivity or pain persists the patient should consult his/her doctor. In case the patient had any tooth colored filling in one or more of the teeth to be bleached will have a different color because the filling doesn't respond to bleaching. Any further treatment happens unexpectedly to the treatment plan for any reason, would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. After treatment patient may feel pain, burning sensation of the gums and notice white appearing gums. This is just a momentary reaction that will resolve in shortly.

In case the patient insisted on the treatment plan in conflict with the dentist's advice, he / she or his / her representative or the person responsible for him / her has to sign a pledge that Dentistree Dental Clinic, and its physicians / 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 therapy the treatment needs, and the instruments and materials used.

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 person who is responsible for him/her or represents him/her means that: He/she has read the paper and understood its contents, and he has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to him 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.

تبييض الأسنان

الضارة أو لأسباب بيئية. معظم حالات تلون الأسنان ممكن علاجها بالتبييض عملية التبييض تبدء بعزل اللثة كاملة و من ثم وضع مادة التبييض على السن و تفعيلها بواسطة ضوء البلزرلمدة ساعة. يحصل المريض على نتائج فورية. قد تختلف النتائج من مريض لآخر بسبب إختلاف طبيعة الأسنان و درجة تفاعلها مع العلاج. و تعتمد النتائج على سبب ودرجة الإصفرار. إن لم يحصل المريض على النتائج المرجوة فعليه بإعادة العلاج بتكلفة جديدة. ينصح المريض بالإبتعاد عن الدخان و القهوة و الشاي و أية أطعمة ملونة على الأقل لأول أسبوع. مدة دوام فعالية التبييض تختلف من شخص لآخر و قد تمتد من ايام لأشهر. في بعض الحالات قد يشعر المريض ببعض الحساسية أو الألم التي يمكن علاجها بالمسكنات الخفيفة لكنها ستزول خلال يوم أو يومين. في حال لم يزول الألم على المريض مراجعة طبيبه. إذا كان أحد الأسنان التي يتم تبيضها فيه حشوة سن بيضاء فقد يحصل على لون مختلف لأن الحشوة لا تتأثر بالتبييض. أي علاج آخر يطراء على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية . في بعض الأحيان بالرغم من عزل اللثة محكماً قد تتسرب بعض من مادة التبييض للثة مما يسبب الشعور بالألم أو الحرق أو ابيضاض اللثة لكن كل هذه الآثار ستزول تلقائياً في غضون ساعات.

في حال إصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة دينتاستري للسنان وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أوطبيه أو قانونية أو معنوية مهما كانت. إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى 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 أيضا أي مسؤولية أخري دون تحمل عيادة عيادة دينتاستري للسنان أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت. إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهم مافيها وقبلها واستفسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها ووافق عليها و طلب من اطباء عيادة عيادة دينتاستري للسنان البدء في العلاج وفوضهم بعمل ما يرونه مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

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

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

Yelena Talli		20-Jun-2024
Patient's name	**Signature of Patient Legally authorized Representative**	**Date** 20-Jun-2024
Witness Signature		**Date**
Monisha Ravishankar		20-Jun-2024
Dentist's Signature		**Date**

Dr. Monisha Ravishankar
General Dentist
DENTISTREE DHA-80874888-002
DENTISTREE DENTAL CLINIC

Scanned with CamScanner