



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 3884	DOB	: 15-Jan-2002
Patient Name	: Adeilsa Karupovic	Gender	: Female
Nationality	: Australian	Date	: 04-Jul-2024
Emirates ID	: 784-2002-6847350-9		

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.

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف فوق صوتية التي تستخدم الماء للترطيب البلاك يحتاج بالأطب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة ميمون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير إذا كان الجير سطحي فبلى الأظب سينتطلب جلسة واحدة للتنظيف وتنعيم وتلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسينتطلب المرئض جلستان أو أكثر من التنظيف الممبل ومن بعدها يتم تنعيم وتلميع السن و الجلي. أي علاج آخر يطرا على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المرئض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المرئض بحساسية عييلة إلى متوسطه حسب نسبة الجير وإذا كان الجيرمتشد كبراً فقد يكون هناك حركة أو غلظة في السن وقد يحتاج المرئض لخطة علاج إضافية. قد يلاحظ المرئض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يمتلئ هذا الفراغات. في حال إصرار المرئض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فسيه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التمهيد الخاص بملك والذي يعني عبادة دينتاستري للسننأطبله بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنيوة مهما كانت.

إن عدم التزام المرئض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى إشغال، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأساسية المتعلق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المرئض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة دينتاستري للسننأطبله بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنيوة مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولو لم يكمل المرئض العلاج لأي سبب. إن توقيع المرئض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهم مالمها وقلمها واستنفسه بشكل كامل ورضيه كل ما يتعلق بالمعالج من أطباء العبادة ومن أي جهة أخرى يرتداهم ووافق عليها وطلب من أطباء عبادة دينتاستري للسننأطبله في العلاج ولقوهم بمعمل ما يرونه مناسب لمعالجه وتمهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع توقيع المرئض/ المرضة 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

Adeilsa Karupovic

04-Jul-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

04-Jul-2024

Witness Signature

Date

Pearl Pinto

04-Jul-2024

Dentist's Signature

Date

Dr. Pearl Pinto
General Dentist
DENTISTREE DHA-04205785-003
DENTISTREE DENTAL CLINIC