

Patient File No

: 3501

Patient Name

: Mahmoud Reda

Nationality **Emirates ID** 

Egyptian 784-1986-5079802-2 DOB

30-Mar-1986

Gender

Male 20-Jul-2024

Teeth Cleaning

تنظيف الأسنان عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طيقة بيضاء ناعمة نعطي السن) أو الجير (وهو البلاك الدعملي) بواسطة احتث أجهزة التنظيف الغوق صوتية الني استخدام الماء النورية. البلاك يحبار علاقات بحيثة واحدة التنظيف من بدها يتم تلمع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيتطاب من جباسة أل إقليب مبتقلب جلسة واحدة لتنظيف و تعجه و تلمع السن. أما إذا كان الجير منتشر الرقاب مبتقلب جلسة واحدة لتنظيف و تعجه و تلمع السن. أما إذا كان الجير منتشر و تلمع السن و الجدار، اي علاج أخر يعطارا على خطة الملاج لاي بسب فلا لكلية أصافية لكلية أصافية يتبحر المريض بحساسية خفيفة أل متوسطة حسبسية اجير و ذا كان الجيرممتد كني يشعر المريض بحساسية خفيفة ألى السن وقد يحتاج اضافية. بعد التنظيف ممكن أن يحتل المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ازائد الجير الذي كان الي كان يحتل هذا الفراغات. في حالي إميرال المريض على تندير خطه العلاج بما بناض مع نصافي يعلى عبادة عبادة ميانات بين المناس على مسؤولية مالية أوطبيه الوقيع على التمهد الحلاج بالميافي مع نصافيا والذي يعلى عبادة عبادة ميادة مها كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطياء قد تؤدي ال مضاعفات قد تغير خطة الملاج أو نؤدي إلى فشلها , وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة الملاج الأصلية المنتفي عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة الملاج كما يتحمل المريض أيضا في مسؤولية أخري دون تحمل عبادة عبادة دينتاستري للسناألو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل الملاج بجب أن تدفع مقدماً بالكامل و في غير مرتجعة في أي مرتجعة في أي مرتجعة في أي مرتجعة في كل مرتجعة من المرتجن الملاج لأي سعب. إن توقيع العريش أو من هو مولول عنه أو يمثلة على هذه أطروقة بهي أنه: فراها وفهم مافيها وقبلها واستقسم بدئك كا مل ويرشيه كل ما يتعلق بالعلاج من اطباء العبادة و ومن أي جهة أخرى بويدها ووافق عليها وطلب من اطباء عيادة عادة ميناستين للسنالليد، فللملاج وفوضه كامل بعمل ما يروف مناسب لملاجه وتعهد بالإلتازم بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

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

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 profescional rollships is newformed. As for each ultra it is un quarties. 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 its failure, and in such case, neysne 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 Dentistrate plantal Clinic and its doctors from any liability whether floated. 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 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 resistors on time and pay. nstructions, 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 article has a second and the consult and that the article has a second and the consult and the second an 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 sections on time and naw the treatment cost in full. sions on time and pay the treatment cost in full

I have read all what is mentioned above and I will sign below in

I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my healthInformation through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Lawsof the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies.

وافق على أن مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي في هذه المنشأة سيتمكنون من الوصول إلى صحتي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقا للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات

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

Mahmoud Reda

20-Jul-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

20-Jul-2024

Witness Signature

Date

Mostafa Abdalla

20-Jul-2024

Dentist's Signature

Dr. Mostafa Abdabae **General Dentist**