



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 4021
 Patient Name : Sooreh Ghashghaei
 Nationality : Dominican
 Emirates ID : 784-1979-5862016-9
 DOB : 17-Apr-1979
 Gender : Female
 Date : 13-Aug-2024

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 of deep scaling 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 (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. يحتاج البلاك بالأسفل جامدة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة مدمجون يستخدمون خفياً. أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة إلى جلسات في العيادة اعتماداً على مدى إنتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فتمزق الأكلاب ويتطلب جلسة واحدة للتنظيف والتلميع. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فيحتاج المريض لجلسات أكثر من تنظيف العميق ومن بعدها يتم تلميع و التلميع السن و الجذر. أي علاج آخر يطوارة على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير عميقاً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلع في السن و قد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات. في حال استمرار المريض على تلميع عمله العلاج بما يتناسب مع نصائح الطبيب فتمتع هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعمد الخاص بذلك والذي يعني عبادة دينناستري للسننواططهات بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنيوة مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو لتلميحات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تثير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشله. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتعلق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيها أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة دينناستري للسننواططهات أي مسؤولية مادية 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 ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها و فهم ما فيها و قبلها و استفسر بشكل كامل و وافق على كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة و من أي جهة أخرى يريدونها و وافق عليها و طالب من أطباء عيادة دينناستري للمساعدة في العلاج و لو أنهم يعمل ما يوثقه من طبيب من أطباء عيادة دينناستري للمساعدة في العلاج و دفع كامل تكلفة 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 give 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.

I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my health information through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Laws of 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 سيستكون من الوصول إلى صحي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقاً للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة دبي.

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

Sooreh Ghashghaei
 Signature of Patient Legally authorized Representative
 Date: 13-Aug-2024
 Witness Signature
 Date: 13-Aug-2024
 Rutul Desai
 Date: 13-Aug-2024
 Dentist's Signature
 Date:

R. K. Desai

