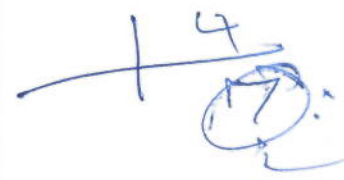




# DENTISTREE DENTAL CLINIC



Patient File No : 816  
 Patient Name : Viviek Gangwani  
 Nationality : Indian  
 Emirate ID : 784-1991-7942137-7  
 DOD : 20-Dec-1991  
 Gender : Male  
 Date : 27-Sep-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 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 للترطيب. البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدد يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلسات في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فطش الأظفار سينظف جلسة واحدة للتنظيف وتلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسيحتاج المريض لجلسات أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تلميع السن والجلج. أي علاج آخر يطرا على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها وتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف ممكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير وإذا كان الجير متقدماً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلع في السن وقد يحتاج المريض لعلاج الحاقية. قد يحتفل المريض بعد التنظيف بوجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فقلبه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعمد الخاص بذلك والذي يفي عيادة دنتيستري للسنانة بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المنقولة عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دنتيستري للسنانة أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

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 any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل وفي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم وكلم المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه قرأها وفهم مافيها وقبلها واستفهم بشكل كامل ويريضه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريضا ووافق عليها وطلب من اطباء عيادة دنتيستري للسنانة في العلاج وقوضهم بعمل ما يرونه مناسب لمعالجه وتعمد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و يتدفع كامل تكلفة العلاج.

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.

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

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.

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 سيتمكنون من الوصول إلى صحتي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقاً للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، لتشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة بدبي.

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

Viviek Gangwani 27-Sep-2024

Patient's name Signature of Patient Legally authorized Representative Date

27-Sep-2024

Witness Signature Date

Pearl Pinto 27-Sep-2024

Dentist's Signature Date

