

Patient File No Nationality

Emirates ID

4107

Patient Name

Ziling Zhang

784-1998-9873000-9

DOB

25-Jul-1998

Chinese

Gender Date

Female 31-Aug-2024

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تعطي السن) أو الحير (وهو البلاك التصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق سوية التي تستخدم الماء للتيريد البلاك يحتاج بالأطلب جلسة واحدة التنظيف من بعدها يتم تلعيد السن بواسطة معجون يستخدم خصيصةً. أما تنظيف الجير فيتقلب من جلسة الى

السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجبر فيتطلب من جلسة الى جلستان في الطالب إعتمادا على مدى إنتشال أو جدة الجبر، ذا كان الجبر سطامي أهلي ا الإقلاب مبتطلب جلسة واحدة التنظيف وتعبيم وتعبيم السن، أما إذا أن الجبر منشر الما المجتبر المستوتاح المريش لجلستان أو اكثر من التنظيف العمق و من يعدها يتم تعبيم المجتبر والمجتبر إلى علاج أو يطرف على خلاة العلاج لاي سبب فله تكلف بتم يعبى على المريش وهما وتعلق معمى المتعارف من المتعارف معمى المتعارف من المتعارف معمى المتعارف معمى المتعارف المتعارف معمى المتعارف المتع

إن عدم الزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تطيعات الأطباء قد تؤدي الى مضاعفات قد تغير خطة الملاج أو تؤدي إلى فشلها, وفي هذه الحالة بتحمل هو وحده كلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تمنيل خطة الملاجئة كما يتجمل العريش ليضا أي مسؤولية أخري دون تحمل عبادة عبادة ديناستري للسلاأو

إن تكلفة جميع مراحل الملاج بجب أن تنفع مقدما بالكامل و هي غير مرتجمة في أي مرتجمة في أي مرتجمة في أي مرتجمة في مرحلة من مواصل الملاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لاي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يبتله على هذه الورقة يدي أنه، فرأها فوهم مافيها وطبايا واستقسر بشكل كم في ويديد كل ما يديد العالاج من أطبأه البلاء و من أن أجبة لترى يويدات ووافق عليها و طلب من اطباء عيادة عيادة دينناستري للسناتاليد، في العلاج وفوضهم

بعمل ما يرونه مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكفة العلاج.

أطبائه أي مسؤولية مأدية أو طببة أو فانونية أو معنوية مهما كانت.

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

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.

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 compinications that would change the treatment plant, on recording 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

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

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

Ziling Zhang

31-Aug-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

31-Aug-2024

Witness Signature

Date

Rutul Desai

Dentist's Signature

DEMTISTREE DEMTINE CLINIC DENTISTREE DHA-44338326-201 31-Au

DENTISTREE

Dr. Rutul Desai General Dentist DHA-44339326-001