

Patient File No Patient Name

**Emirates ID** 

4099

: Barry Webb

British Nationality

:

DOB

07-Jan-1960

Male

Date

30-Aug-2024

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تفطي السن) أو الجبر (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف القوق سوئية التي تستخدم العاء للتبريد البلاك يحتاج بالأطاب جلسة واحدة للتنظيف عن يعدها يتم لتي السن بواسطة مجبون يستخدم حصيصياً، أما أن تنظيف الجبر فيتطلب من جلسة الل جلستان في الغالب إعتمادا على مدى إنتشار أو حدة الجبر، الذاكان الجبر سطعي فعلى

جلستان في القالب إعتمادا على مدى إنتشار أو حدة الجين الا كان الجور سطحي وقبل الخبر منتشر الأخلب ميدهللب جلسة واحدة لتنظيف و تتميم و تلميع السن. أما إذا كان الجور منتشر الاخلب ميدهللب جلستان إلى الجبل شامية و من بعدها تهم تتميم أن الجبل أن المورض لعلما المي تتميم السن و العجل المي سبب فقد تكفلة المنافقة بعد التنظيف بعد التنظيف بعد المعافقة المي ميم على المورض بعساسية خفيفة الى متوسطة حسب نسبة البجر و اذا كان الجبر و اذا كان الميام ا

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى مضاعفات قد تغير خطة الملاج أو تؤدي إلى فشلها, وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة الملاح الأصلية المنفق عليه إدامة إلى التكلفة الإضافية النادية عن تمديل خطة الملاج كما يتحمل المريض ليضا أي مسؤولية أخري دون تحمل عبادة عبادة دينتاستري للسنانال أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو فاتونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكفقة جميع مراحل الملاج بجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل الملاج حتى ولم يكمل المريض ألو مرحلة من مراحل الملاج حتى ولم يكمل المريض الملاج لأي سبب. إن توقيع المريض ألو من هو مساول عنه أو يبعثا على هلمة الورقة يمن أنه: قرأها وفهم مافيها وقبلها والسنفسر ويشكل كامل ويرضيه كي ما يتملق بالملاج من أطباء المبادة ومن أي جهة أخرى بريدها ووقبل عليها و طلب من أطباء عيادة عيادة دينانستري المسائلاتية في الملاج وفوضهم بعمل ما يرونه مناسب لملاجه وتعهد بالإنتزام بتعليماتهم و مواعيد الملاج و بدفع كامل

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

## Teeth Cleaning

784-1960-2286915-8

Teeth's cleaning is a process in which plaque (a thin soft white levents creaming is a process in which produce to missors, which plaque to writing 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 on extend of the calculus. Some mobility may be experienced in cases of deep scaling the severity o depends on extend of bone loss and may require further treatment. Some patients may notice some 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/hei 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 i 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

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 منة الكوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة في وسياسات من خلال نقام تبادل المعلومات الموجدة المستحدة، تشريعات إمارة في وسياسات من المسلمة المستحدة، تشريعات إمارة في وسياسات المحددة المستحدة، تشريعات إمارة في وسياسات المحددة عدد. **Authority Policies.** 

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

Barry Webb

30-Aug-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

30-Aug-2024

Witness Signature

Date

Dr. Rutul Desai General Dentist DENTISTREE DHA-44339326-001 Date

Dentist's Signature

Rutul Desai

30 Aug-2024