



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 3526	DOB	: 22-Jan-1999
Patient Name	: Iriz Dela Cruz	Gender	: Female
Nationality	: Philippine	Date	: 13-Sep-2024
Emirates ID	: 999-9999-9999999-9		

### 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 (إزالة) طبقة بيضاء ناعمة تغطي (السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج لأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدد يتم تلميع السن بواسطة ممحون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة إلى جلسات في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فإزالة البلاك سيتم في جلسة واحدة للتنظيف وتلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذور فيحتاج المريض لجلسات أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدد يتم تلميع وتلميع السن والجذور التي تحتاج آخر جلسات على خطة العلاج التي سببها فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقتاً ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية شديدة إلى متوسطة حسب نسبة الجير وإذا كان الجير عميقاً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو تخلف في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يحتاج المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير التي كان يحتلها الفراغات. في حال استمرار المريض على تغير خطته العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على النسخة الخاص بذلك والتي يعني إعادة عيادة ديتانستري للسماح لهم بتكامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعديلات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات. قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الخارجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة ديتانستري للسداد أو أخطائه أي مسؤولية مالية 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 تكلفتها جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تكامل العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من مسؤول عنه أو يمثله على نسخة البوليصة يعني أنه قرأها وفهم ماقويتها وقبضها واستقر بشكل كامل على قراره كونه لا يملك الحق في الرجوع عن القرار الذي اتخذه ويبدأ ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة ديتانستري لتسليمه في العلاج ووضوحه يعمل ما يراه مناسباً لمعالجته ويمنع بالالتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و يدفع 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 توقيع 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 سيتصلون من الوصول إلى صحتي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقاً للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة بها.

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

Iriz Dela Cruz

13-Sep-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date:

13-Sep-2024

Witness Signature

Date

Rutul Desai

13-Sep-2024

Dentist's Signature

Date: