



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 4174
 Patient Name : Haor Alsabbagh DOB : 03-Sep-2001
 Nationality : Emirati Gender : Female
 Emirates ID : 780-2001-0813803-1 Date : 17-Sep-2024

Teeth Whitening

تبييض الأسنان

Teeth discolor as time passes due to the teeth's defected structure, patient habits, and environmental causes. Most of teeth discolorations can be treated with teeth whitening. The process of teeth whitening requires proper isolation of the teeth's surfaces and activated by plasma light for 1 hour. The results are instant. The results vary from one person to the other and depend on the cause of discoloration and the teeth's degree of discoloration. If the desired shade is not reached the treatment could be repeated at a later day and the patient will pay the full cost at each session. The patient is advised to refrain from consuming tobacco, tea or coffee for at least the first week after bleaching. The longevity of the results varies from one patient to the other and may last from days to months. In some cases; the patient may feel some sensitivity or pain after bleaching this will be resolved by itself in a matter of days and could be treated by using over the counter pain sedatives. If the sensitivity or pain persists the patient should consult his/her doctor. In case the patient had any tooth colored filling in one or more of the teeth to be bleached will have a different color because the filling doesn't respond to bleaching. Any further treatment happens unexpectedly to the treatment plan for any reason, would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. After treatment patient may feel pain, burning sensation of the gums and notice white appearing gums. This is just a momentary reaction that will resolve in shortly.

العناية أو لأسباب بيئية. معاملة حالات تلون الأسنان يمكن علاجها بالتبييض عميقة التبييض تبدأ بمرحلة كاملة ومن ثم وضع مادة التبييض على السن وتعملها بواسطة ضوء الليزر لمدة ساعة. يحصل المريض على نتائج فورية. قد تختلف النتائج من مريض لآخر بسبب اختلاف طبيعة الأسنان ودرجة تفاعلها مع العلاج. وتعتمد النتائج على سبب وذرية الإضرار. إن لم يحصل المريض على النتائج المرجوة فعليه بإعادة العلاج بتكلفة جديدة. يتصح المريض بالإمتناع عن الدخان والتبغ والشاي ولية الأطعمة الملونة على الأقل لأول أسبوع. مدة دوام فعالية التبييض تختلف من شخص لآخر وقد تمتد من أيام لأشهر. في بعض الحالات قد يشعر المريض ببعض الحساسية أو الألم التي يمكن علاجها بالمسكنات الخفيفة لكنها ستزول خلال يوم أو يومين. في حال لم يزيل الألم على المريض مراجعة طبيب. إذا كان أحد الأسنان التي يتم تبييضها فيه حشواً من بيشواه فقد يحصل على لون مختلف لأن الحشوة لا تتأثر بالتبييض. أي: علاج آخر يتكبد على علاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت وتواجد علاج إضافي. في بعض الأحيان بالرغم من عزل اللثة محكماً قد تصبب بعض من مادة التبييض للثة مما يسبب الشعور بالألم أو الحرق أو ابيضاض اللثة لكن كل هذه الآثار ستزول للثة في غضون ساعات.

في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب لعلاجه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التوثيق على التجهيز الخاص بذلك والذي يعني إعادة إعادة ديتاستري الأسنان وأخباره بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مما 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 وبنده تكلفة خطة العلاج الأساسية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبء إعادة ديتاستري اللسان أو أظفاله أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت. إن تكلفة 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 هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه قرأها وفهم مآلها وادبها واستحسن تشكيل كامل ويترتب عليه كل ما يتعلق بالعلاج من أشياء المبررة ومن أي جهة أخرى يريدنا ووافق عليها وتطلب من الأطباء إعادة إعادة ديتاستري لسانه في العلاج وتوضيح معمل ما يترتب عليه مناسيبه لعلاجيه وبنده. بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج وادبهم تكتمة العلاج.

In case the patient insisted on the treatment plan in conflict with the dentist's advice, he /she or his / her representative or the person responsible for him / her has to sign a pledge that Dentistree Dental Clinic, and its physician/ Dentists, in full from of any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

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

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 doctor's from any liability whether financial, medical, legal or moral therapy the treatment needs, and the instruments and materials used.

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 person who is responsible for him/her or represents him/her means that: He/she has read the paper and understood its contents, and he has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to him 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، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة بدبي.

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

Haor Alsabbagh

17-Sep-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

17-Sep-2024

Witness Signature

Date

Rehema Faras

17-Sep-2024

Dentist's Signature

Date