

Patient File No Patient Name

4191

:

:

Aman Gulvady

01-Jan-2012

Nationality

Canadian

DOB Gender Date

Male 22-Sep-2024

Emirates ID

784-2011-7582057-6

تنظيف الأسنان

عملية تنظيف الأستان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء تاعمة تعطي السن) تو العجر (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف القوق صوتية التي تستغدم العام لتنويد. البلاك يجبئة بإلاُغلب جلسة واحدة لتنظيف من بعدما بعد السن السن بواسطة معجون يستخدم خصيصةاً. أما تنظيف الجبر فيتطلب من جلسة الي جلستان في القالب إعتمادا على مدى إنتشار أو حدة الجبر. اذا كان الجبر سطحي فعلى

Teeth Cleaning

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 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 agreement on it.

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.**

يحتل هذا القراغات. في حال إصرار المرسق على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصابح الطبيب فعليه هو أو من بمثلة أو العسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يفغي عادة عادة دوتاستري للسناتواطاباته يشكل كامل من أي مسؤولية مانية أوطيبه أو قاتونية أو معنوية مهما كانت. إن عدم التزام الدريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الي مضاعفات قد تغير خطة الملاج أو تؤدي إلى فشلها, وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة الملاح الأصلية المنفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل العربين فيدا أي مسوولية أكوري من تحم عهادة عبادة دينتاستري للسناتال أطباته أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل الملاج بجب أن تنفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرتجعة في أي مرتجعة في أي مرتجعة من مراحل الملاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سيب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يدي أكبة فراها موقع ماذيها وقبلها واستقسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتدفق بالملاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى بريضا ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادة هيتلسني المستائلية، في الملاج وفوضهم يعمل ما يرتبه مناسب لعلاجه وتبدعه بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع توفيع المريض/ المريضة أو من بمثله:

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

Aman Gulvady

Signature of Patient Legally authorized Representative

22-Sep-2024

Date 22-Sep-2024

Witness Signature

Patient's name

Monisha Ravishankar

Date

22-Sep-2024

Dentist's Signature

Date