



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 4206  
 Patient Name : Sehrish Zafar  
 Nationality : Pakistani  
 Emirates ID : 784-1987-6318638-8  
 DOB : 03-Dec-1987  
 Gender : Female  
 Date : 26-Sep-2024

## 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 these 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 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.

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الحجر (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف فوق صوتية التي تستخدم الماء للترديد. البلاك يحتاج للألأطب جلسة واحدة والتنظيف من بعدها يتم لتنعيم السن بواسطة ممحون يستخدم عموماً. أما تنظيف الحجر فينطلب من جلسة في مستشفى في الغالب إعتقاداً على مدى إنتشار أو عمق الحجر. إذا كان الحجر سطحي فدل الألبس سيتطلب جلسة واحدة للتنظيف وتنعيم وتلميع السن. أما إذا كان الحجر منتشر إلى الحجر فيحتاج المريض الجلسات أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تنعيم وتلميع السن والجذر. أي علاج آخر يطرأه على خبطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية عابرة إلى متوسطه حسب نسبة الحجر والأذا كان الجير صلب فقد يكون هناك حركة أو خلعلة في السن وقد يحتاج المريض لعطة علاج العافية. قد يلحق المريض بعد التنظيف وجود إفرازات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحبس هذه الإفرازات. في حال إصرر المريض على تغير خطة العلاج بما يتعارض مع العلاج الطبيب عليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التمتع الغض بذلك والتي يعني إعادة دينتريستري للسن والأسنان بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها. في هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خبطة العلاج الإضافية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل إعادة دينتريستري للمستأجر ألتابعه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل. وفي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم تكمل المريض. العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه قرأها وافهم ماتها وألها واستقر بشكل كامل ورضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة دينتريستري السن والأسنان في العلاج وقوضهم بعمل ما يرونه مناسب لعلاجه وضمنه بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج وبدفع كامل تكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق وعلية أوافق توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

Sehrish Zafar  
 Signature of Patient Legally authorized Representative  
 Date: 26-Sep-2024

Patient's name  
 Signature of Patient Legally authorized Representative  
 Date: 26-Sep-2024

Witness Signature  
 Signature  
 Date: 26-Sep-2024

Rehna Ramachandran  
 Signature  
 Date: 26-Sep-2024

Dentist's Signature  
 Signature  
 Date: 26-Sep-2024

