



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No	: 4228	DOB	: 07-Sep-1959
Patient Name	: Allan Bob Andersson	Gender	: Male
Nationality	: Swiss	Date	: 01-Oct-2024
Emirates ID	: 984-1959-1613805-0		

### 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.

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, from all of any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

The patient's absence or the patient's and his/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 (إلى طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (الجزء المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للترطيب. البلاك يحتاج بالكلية جلسة واحدة للتنظيف من بعدد يتم للمريض باستخدام معجون يستخدم خصيصاً. أما لتنظيف الجير فينطبق من جلسة إلى جثتان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو سعة الجير. إذا كان الجير سطحي، فعلى الأغلب سينتطلب جلسة واحدة للتنظيف والتلميع. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فيحتاج المريض لجثتان أو أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تلميع وتلميع السن والجذر أي علاج آخر يقررن على قسمة العلاج لأي سبب، فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقتاً ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير وإذا كان الجير منتشر كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلعلة في السن وقد يحتاج المريض لخدمة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير التي كان يحتل هذا الفراغات. في حال استمرار العيش على تغير حفته العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فلهذا هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على الشهود الخاص بذلك والذي يعني عبارة عبارة بظناشري للتسويق بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو ممنوعة مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الطبيب قد يؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشله، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة عبارة بظناشري للتسويق أو الطبية أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو ممنوعة مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً وبالكامل وهي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها و فهم مضمونها وطبيعتها وأبهره بشكل كامل ويرضيه كل ما يتضمنه العلاج من أمداء المراجعة ومن أي جهة أخرى يريدونها ووافق عليها وتطلب من أطباء عبادة عبارة بظناشري للتسويق في العلاج وتوضيحهم بجدول ما يريونه مناسب لعلاجهم وتوهمه بالالتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج و الدفع كامل لتكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع توقيع المريض /المرتبطة أو من يمثله.

وافق على أن مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي في هذه المنشأة سيتمكنون من الوصول إلى صحي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقاً للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة دبي.

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

Allan Bob Andersson

01-Oct-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

Witness Signature

Reshma Faris

Dentist's Signature

