



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patent File No	: 720	DOB	: 01-Mar-1990
Patent Name	: Sumit Singh Rana	Gender	: Male
Nationality	: Indian	Date	: 04-Oct-2024
Emirates ID	: 784-1990-40-8420-5		

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 and professional polishing is performed. After 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 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 the patient has to pay and would require extra treatment time. After scaling the patient may feel slight to depending on extent of the calculus. Some experience 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 their teeth those are due to the removal of the calculus that was occupying that space.

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج إلى جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة مسجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلسات في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعملية الأكلاب يحتاج جلسة واحدة للتنظيف وتلميع السن. أما إذا كان الجير متشعب إلى الجذر فسيحتاج المريض لجلسات أكثر من التنظيف العميق ومن بعدها يتم تلميع وتلميع السن والجذر. أي علاج آخر يطرح على حدة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها وتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية عذبة في المنطقة حسب كمية الجير و إذا كان الجير عميقاً قد يكون هناك حركة أو خلع في السن وقد يحتاج المريض لجلسة علاج إضافية. قد يحتاج المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان لذلك يسبب لثة الجير الذي كان يملأ هذه الفراغات. في حال إصرار المريض على إجراء تنظيفه للمعالج بما يتماشى مع نصائح الطبيب فلهذا هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعني عيادة دنتيستري لتستأجر أطباءه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو محدودة مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تضر خطة العلاج أو تؤدي إلى فشل في 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 عيادة دنتيستري للتسأل أو الأطباء أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو محدودة مهما كانت.

In case the patient insisted on modifying the treatment plan against the doctor's recommendations this representative or the person responsible sign a pledge that exempts Dentistree Dental Clinic, and its Dentists, in full from of any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل. وفي غير مرتجلة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى يتم اكتمال العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الوثيقة يعني أنه قرأها وفهم معناها ولها واستقر بشكل كامل ويقرضه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن جهة أخرى يقرضه ويوافق عليها وطلب من أطباء عيادة دنتيستري لتستأجر أطباءه بشكل كامل يعمل ما يرونه مناسب لعلاجهم وتهدد بالإلزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

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

The patient's absence on the dates and times 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 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 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 agree 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 (MHIDH) 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 صحي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (MHIDH) وفقاً للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، لتشريعات إمارة دبي وصلاحيات هيئة الصحة بدبي.

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

Sumit Singh Rana 04-Oct-2024

Patient's name Signature of Patient Legally authorized Representative Date

04-Oct-2024

Witness Signature Date

Reshma Faras 04-Oct-2024

Dentist's Signature

