



Patient File No	:	1013		
Patient Name	:	Varchasva Vaid	DOB	:
Nationality	:	Indian	Gender	:
Emirates ID	:	784-2008-0757103-7	Date	:

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 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

الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة ببضاء ناعمة تغطي السن) أو البلاك المتصلب (بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوقي صوتية التي ، للتبrier. البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم إسطحة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة الى غالب إنتماداً على مدى إنتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعلى لمب جلسة واحدة لتنظيف وتنعيم و تلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر بحاجة للمريض لجستان أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تنعيم ، والجذر، اي علاج آخر يطأء على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة على المريض دفعها ويطلب وقت ومواعيد علاج اضافية. بعد التنظيف من المريض بحساسية خفيفة الى متقطعة حسب نسبة الجير و اذا كان را فقد يكون هنالك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لخطة قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ي، كان يحتل هذا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على ، بذلك والذي يعني عيادة دينتساري للسنوات طبائه بشكل كامل منالية أو طبيه أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى مضاعفات العلاج أو تؤدي إلى فشلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكالفة خطة المتنفس عليها إضافة إلى التكالفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج بريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دينتساري للسنوات وولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

بع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي حل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه؛ قرأها وفهم ما فيها وقبلها واستفسر يرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد لها طلب من أطباء عيادة دينتساري للسنوات في العلاج وفوضهم مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيده العلاج و بدفع كامل

بـق و عليه أوقع توقيع المريض / المريضة أو من يمثله:

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 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.

م (مقدمي) الرعاية الصحية المشاركون في رعايتي في هذه المنشأة
وصول إلى صحي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية
للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات

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

Varchasva Vaid



10-Mar

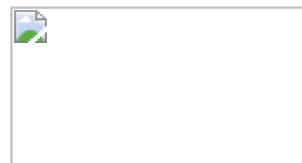
Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

10-Mar

Witness Signature



Date

Rutul Desai

10-Mar

Dentist's Signature

R.F. Desai



Date