

Patient Details

Patient Name	Piyush Doshi
Gender	Male
DOB/AGE	54y
Email	



DENTISTREE
DENTAL CLINIC

Reg #	181
Nationality	Indi
Mobile #	

**** Please read and sign at the bottom of the form.

isini-

Signature of Patient or his/her Representative:

Witness Signature:

Doctor's Signature

تنظيف الأسنان

Teeth Cleaning

Teeth cleaning is a process in which plaque (a thin soft white layer covering the tooth) 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 more sessions of deep scaling in which the roots are also cleaned. Smoothed & 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. I 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 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, in full from of any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

2. 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 on in addition to the additional cost resulting from modifying the treatment plan. The patient in this case is responsible about the results whatsoever and would fully exempt Dentistree Dental Clinic and its doctors from any liability whether financial, medical, legal or moral.

2. 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.

By signing this paper by the patient or any who is responsible for him/her or represents him/her means that:

1. I (she) has read the paper and understood its contents, and has questioned in a full & satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors at the clinic and any other party they want to consult, and that the patient has proved what was explained to them and requested the physicians at 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.

Signature of the Patient: Piyush Doshi

I have read all what is mentioned above and I will sign below in agreement on

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (أو هو البلاك المتصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوق صوتية التي تستخدم الماء للتهريد البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيحتاج من جلسة إلى جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعلى الأغلب سيتطلب جلسة واحدة للتنظيف و تلميع و تلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تلميع و تلميع السن و الجذر. أي علاج آخر يطرا على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف ممكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير ممتد كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يلحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات.

في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة دنتيستري الطبية وأطبائه 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. 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 عيادة دنتيستري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي 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 الورقة يعني أنه: قد أراه وفهم ما فيها وقبلها واستفسر بشكل كامل و بوضوح كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد بها ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة دنتيستري الطبية البدء في العلاج ووافقهم بعمل ما يرونه مناسباً لعلاجهم وتعهد بالتزامهم بالمواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض / المريضة:

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع

توقيع المريض / المريضة أو من يمثله:

توقيع الشاهد / Witness Signature

توقيع الدكتور / Doctor's Signature

