

Patient Name	ANUP PANSARE
Gender	MALE
DOB/AGE	03/11/1983
Email	

Reg #	
Nationality	INDIAN
Mobile #	05088145766

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

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.

Name of the Patient: .....

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

Signature of Patient or his/her Representative: Amelia

Witness Signature: Soniye Reem

Doctor's Signature: R. K. Desai

## Composite Fillings

Once caries is present on a tooth they form a cavity filled with germs and debris. This cavity should be cleaned and closed using synthetic materials. In this process the dentist anaesthetizes the patient and proceeds with removing the caries using carefully sterilized and sealed drilling instruments that are disposed of after each usage. After such procedure, the cleaned cavity is further prepared according to the rules that govern cavity preparation, to receive the filling material. This process may sometimes traumatize the tooth's nerves or even expose them. Such incidents may cause sensitivity and pain may resolve in a few days or may require the performance of endodontic treatment on the affected tooth depending on the doctor's judgment. Any further treatment happens unexpectedly to the treatment plan for any reason, would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. Any filling is susceptible with time to fracture, dislodgement, discoloration and secondary caries arising from another site on the tooth.

In case the patient insisted on changing made changes to the treatment plan in conflict with the dentist's advice, 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 physicians/ Dentist, 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 treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever.

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

He /she has read the paper and understood its contents, and he has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to him and requested the physicians of DentisTree Dental Clinic to begin the treatment and gave them the authority to do whatever they consider is

وجود تسوس في أي من تيورتك، حفرة منه بالجرا ثم والأوسا تغدو، حفرة يجب أن تنظف وتعلق بماء  
صناعية في هذه العملية، ثم يغسل بالمعجون ويشتر في إزالة التسوس مستعملة أدوات حفر مقمة و  
محكمة الاتصال DENTISTREE DHA-44339326-001  
من حفنة أو لم يمكن أن يزول بعد فترة بسيطة ويدعى لعلاج عصب السن المتضرر أو تقطيع العصب  
بسباده، خاصة في حالات التهاب العصب، أي سبب فيه تكثيفه إضافية  
يجب على المريض تغيير اللون وتسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج.

في حال اصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو لمسؤول عنه التوقيع على التعبير الخاص بذلك والذي يعني عبادة دينيتشي الطبية وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزم المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى قتلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحدة تكاليف خطة العلاج الأصلية المتفق عليها بالإضافة إلى التكاليف الإضافية الناتجة عن تغيير خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة عيادات دينستيسيه، الطبية أو أطبائه، أي، مسؤولة مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكثيف جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج .

العلاج حتى يحصل على مساعدة مرضي من المدح في سبب. أن ترقى المريض أو من هو مسؤولة عنه أو ممثله على هذه الورقة يعني أنه: فرآها وفهم مأيفها وفقلها واستقرت بشكل كامل وبرؤضه كل ما يليق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد لها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتستري الطبية البدء في العلاج فرضهم بجعل ما يرون مناسب للعلاج وتعهد بالالتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض / المريضة:

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