



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

Reg #	
Nationality	INDIAN
Mobile #	0518814566

***** 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: Amir

Witness Signature: Donye Don

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

الحشوات البيضاء



وجود تسوس في أي سن يمكن أن يضر حفره الأضراس الأمامية والأسود يجب أن تنظف وتغلق بمواد صناعية. في هذه العملية، يتم إزالة التسوس باستخدام مواد مستخلصة من أبحاث خفر معصمة و محكمة الإلاق .
DENTISTREE DHA 4439326-001
من حسنة أو الومى أن يزول بعد فترة بسيطة وقد يحتاج علاج عصب الأسنان المتضرر أو تغطية العصب بإمادة خاصة .
DENTISTREE DENTAL CLINIC(BRANCH)
يجب على المريض تجنب تناول أى نوع من المشروبات الساخنة أو الباردة لمدة ٢٤ ساعة بعد العلاج .
القمع و تغير اللون و تسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج.

في حال إصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة عيادات دينيستييري الطبية وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

فإن 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 عبادات دينيسترى 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؛
قرأها وفهم ما فيها وقبلها واستمسك بشكل كامل وبرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي
جهة أخرى يريدها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتستري الطبية البدء في العلاج
وفوضهم بعمل ما يرونه مناسب لعلاجهم وتعهد بالالتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة
العلاج.

اسم المريض / المريضة:

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع

توفيق المريض / المريضة أو من يمثلها:

توقيع الشاهد/ Witness