

Patient Details

Patient Name	LAKSHMAN HARISINGHAN
Gender	MALE
DOB/AGE	40 YRS OLD
Email	

Reg #	
Nationality	INDIAN
Mobile #	0561792783

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

Masini-

Signature of Patient or his/her Representative:

1

Witness Signature:
Doctor's Signature R. K. Desai

نظيف الأسنان

عملية تنظيف الأسنان هي عملية عزل جزء من الأسنان (هي طبقة بيضاء ملائمة لخطي السن) أو الجير (وهو الحدك المتصل).
يحتاج بالغالب أيام لعملية التنظيف الفوقي صوفيا التي تستخدم الماء لتثبيت البلاك
تنظيف المير فيكتور من هذه إلى جهستان في العاب اعتمادا على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان
الجير سميكة فيجب إزالتها بالجهاز الكهربائي، وبعد ذلك تطهير وتعقيم السن.
إذا كان الجير ضئيلاً فيمكن إزالته بالفرشاة والمعجون، ومن بعدها تنظيف وتعقيم السن.
الجذر في حالة المريض الحسلي أو أكثر من التهاب العصب، ومن بعدها تنظيف وتعقيم السن
والجذر، أي علاج آخر يجريه على خطة العلاج لاي سبب فاله تكالفة اضافية يجب على المريض دفعها
ويتطلب وقت وبعد علاج إضافي. بعد تنظيف يمكن ان يشعر المريض بحساسية خفيفة الى
متوسطة حب نسبيه الجير، و اذا كان الجير متغير اتفقد تكون هناك حركة او خلاة في السن وقد
يحتاج المريض لخطة علاج اضافية. قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الاسنان ذلك
يسبب الة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغ.

في حال إصرار المريض على تغيف خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسئول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة عيادات دينيتستري الطبية وأطباءه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

ان عدم تزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى قتلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكاليف خطة العلاج الأصلية المقترن عليها إضافة إلى التكاليف الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دينيسوري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو قلبية أو قانونية أو معنوية فيما كانت.

إن تكثّفة 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 تقويق المرض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهم مافيها وقبلها واستقرس بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج وأي جهة أخرى يريد لها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتسيري وفروعهم يعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

لقد فرأت ما سبق و عليه أوقع

توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

Witness Signature / توقيع الشاهد
Hasan Ali (Hasan Ali)

توقيع الدكتور / Doctor's Signature

Name of the Patient:

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