



# DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 5258  
Patient Name : Kudsiya Afreen Abdul Haq  
Nationality : Indian  
Emirates ID : 784-1997-6306054-0

DOB : 04-Aug-1997  
Gender : Female  
Date : 03-Jul-2025

## Root Canal Treatment

Endodontic therapy or root canal treatment consists of drilling the tooth till the nerves are reached then removing the nerves from the tooth and the canals of each root (number of roots and canals in them vary from one tooth to the other). After nerve removal, the canals are cleaned and widened using rotary instruments and are irrigated with special irrigates. Finally, the canals are filled with a special kind of filling and the tooth is closed with a filling material. This procedure requires anesthesia, 1-5 session and in some cases more, and requires radiographs prior, during, and after treatment. Patient may experience pain between and after sessions and may require pharmacological treatment during or after the treatment. After root canal treatment the tooth may become weak and during caries removal the doctor may have to remove a large portion of the tooth this may require the insertion of a post. The post can be a screw-like structure or it may also be smooth surfaced. It is placed into the canals to retain the final filling to the roots; thus resulting in an extra charge and the treated tooth will need crowning. The treatment may fail for many reasons which require retreatment but in some cases surgical intervention like apicectomy is needed. In case all fails the tooth has to be extracted and replaced by either an implant or a bridge depending on what the doctor sees fit for each case. 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. In some cases, the rotary instruments may break in the root canal, perforation or breakage of the root, or leakage or over extension of the root filling material from the root tip thus requiring further treatment that could end up by extracting the tooth.

Dentistree Dental Clinic guarantees the quality of treatment for 6 months but endodontically treated teeth may have some problems later due to new caries, gum problems, or many other reasons. It's up to the dentist and the dentist alone to decide the treatment plan, what phases of treatment the case needs and what instruments and materials to be used. In case the patient insisted on changing 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

## علاج العصب

معالجة جذر السن أو معالجة عصب السن هي عبارة عن حفر السن لعصب الموجود داخله ثم إزالة العصب من داخل الجذر أو الجذور (نسب السن) ثم القيام بتنظيف الأوعية وتوسيعها بواسطة الأدوات مل بمحاليب خاصة و بعدها تحشى الأوعية بمادة خاصة ثم يتم إغلاقه النهائية.

لتخدير السن و يستغرق من 1 الى 5 جلسات ، و يجرى أخذ صورة ن المعالج خلال العمل أو بعده. قد يحدث ألم في السن بين جلسات و قد يحتاج المريض الى المعالجة الدوائية خلال العمل و بعده.

مبفا بعد المعالجة اللبية و قد يضطر الطبيب لإزالة جزء كبير من السن و عندها لابد من وضع وتد داخل السن و هو عبارة عن برغي معدني أو مسنن الحواف أو أملس ويوضع بهدف تثبيت الحشوة النهائية مع لب ذلك تكلفة إضافية كما يتوجب بعدها تلبس أو تتويج السن. قد العلاج اللبي لأسباب متعددة و عندها يتطلب إعادة علاج و في بعض راحي مثل قطع ذروة السن . وفي حال عدم النجاح يتم خلع السن و ة أو جسر حسب ما يراة الطبيب مناسب فكل حالة.

نذر أو إنكساره أو خروج الحاشوة من ذروة الجذر مما يتطلب علاج لع السن . أي علاج آخر يطرأ على خطه العلاج لأي سبب فلة تكلفة المريدث أحيانا أثناء علاج العصب إنكسار الأدوات المستخدمة داخل و يتطلب وقت و مواعيد علاج إضافية.

ات أبيض الطبية جودة المعالجة لمدة ستة أشهر. ممكن للسن ض لمشاكل لاحقا بسبب تسوس جديد أو مشاكل في اللثة أو غيرها.

ة تقرير خطة المعالجة و ما تتطلبه الحالة من مراحل علاج و أدوات أو ٤.

ض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو مؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة عيادة وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية

ض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى مضاعفات ج أو تؤدي الى فشلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة نفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج ، أيضا أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادة دينتاستري للسان لية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

راحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي



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 exempt Dentistree Dental Clinic and its doctors from any liability whether financial, medical, legal or moral therapy the treatment needs, and the instruments and materials used.

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 person 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.

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 health information through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Laws of the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies.

لعلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب. إن توقيع المريض أو ، أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه; قرأها وفهم مافيها وقبلها واستفسر به كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد ها ب. من اطباء عيادة دينتاستري للسنان البدء في العلاج وفوضهم سب لعلاجه وتعهدهم بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل

عليه أوقع توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

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

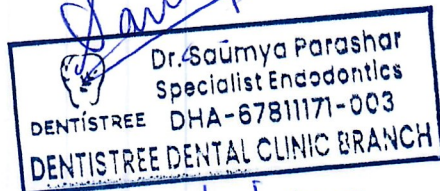
Kudsiya Afreen Abdul Haq

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Witness Signature

Saumya Parashar



KAL

03/7/2025

03/7/2025

0

C

0

C

0