

Patient Details

Patient Name	DIA ABDIN ABD ALFAKHS
Gender	MALE
DOB/AGE	42 , 11/10/1983
Email	

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

Reg #	
Nationality	JORDANIAN
Mobile #	053057706

Masini-

Signature of Patient or his/her Representative:

Witness Signature:

Doctor's Signature: R. K. Desai

تنظيف الأسنان

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصالب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوقي صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. ينطوي على جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فينطوي على جلسة إلى جلستان واحدة للتنظيف وتقديم و تلميع السن على مدى إناثار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي على الأغلب سيطلب جلسة واحدة للتنظيف وتقديم و تلميع السن. أما إذا كان الجير متشر إلى الجذر فيسخن المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العقلي و من بعدها يتم تلميع و تلميع السن و الجذر. اي علاج آخر بطراز على خط العلاج لا يسب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطبق وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن ان يشعر المريض بحساسية خفيفة الى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير متعدد كثيرا ففقط يكون هناك حركة او خلاة في السن وقد ينطوي المريض لحظة علاج إضافية قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ازالة الجير الذي كان يحتل هذه الفراغات.

في حال إصرار المريض على تغيير خط العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فإنه هو أو من يمثله أو المسئول عنه التردد على التهدئة الخاص بذلك والذي يغطي عيادة عيادات دينتيستي الطبية وأطبائه يشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خط العلاج أو تؤدي إلى قشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خط العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تتعديل خط العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادات دينتيستي 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 مرتبطة 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 أرها وفهم مافيها ووقعها واستفسر بشكل كامل ويرضي كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستي الطبية البدء في العلاج وفوفهم بعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

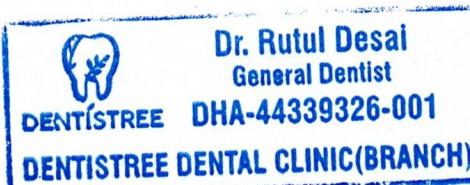
لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع

توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

توقيع الشاهد/ Witness Signature

توقيع الدكتور/ Doctor's Signature

R. K. Desai



Name of the Patient:

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