

Patient Details

Patient Name	POOJA DHOLAKIA
Gender	FEMALE
DOB/AGE	10-05-1987
Email	

Reg #	
Nationality	INDIAN
Mobile #	

 DENTISTREE DENTAL CLINIC

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

Masini-

Signature of Patient or his/her Representative:



Witness Signature:

Doctor's Signature

تنظيف الأسنان

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحد أجهزة التنظيف الفوقي صوتية التي تستخدم الماء لتبريد البلاك يحتاج بالغالب حلقة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تنظيف السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً أما تنظيف الجير فيقتضي من جلسة إلى جلستان في الغالب اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير إذا كان الجير سطحي فعلى الأغلب سينتطلب حلقة واحدة للتنظيف وتنعيم وتنعيم السن أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف المبكر و من بعدها يتم تنعيم وتنعيم السن و الجذر أي علاج آخر يطأء على خطة العلاج لا يسب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويقتضي وقت ومواعيد علاج إضافية بعد التنظيف ممكناً أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير متعدد كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ازالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات.

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

إن 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 التكالفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادات دينتيستري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

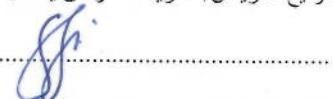
إن تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب.

إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قد أهان وفهم ما فيها وقبلها واستفسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها وافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج وبفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

لقد قرأت ما سبق وعليه أوقع

توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:



Witness Signature

توقيع الدكتور/ المريض



 Dr. Rutul Desai
General Dentist
DENTISTREE DHA-44339326-001
DENTISTREE DENTAL CLINIC(BRANCH)

Name of the Patient:

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