

Patient Name	ANNA MUNDRA
Gender	FEMALE
DOB/AGE	15-02-1988
Email	

Reg #	
Nationality	INDIAN
Mobile #	95648726

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

### 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 carries 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 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

Name of the Patient: Anna Mundra

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

Signature of Patient or his/her Representative: [Signature]

Witness Signature: [Signature]

Doctor's Signature: [Signature]

### علاج العصب

المعالجة النبية أو معالجة جذر السن أو معالجة عصب السن هي عبارة عن حفر السن حتى الوصول إلى العصب الموجود داخله ثم إزالة العصب من داخل الجذر أو الجذور (يختلف عددها بحسب السن) ثم القيام بتنظيف القناة و توسيعها بواسطة الأدوات الآلية للدوران و الغسل بمحلول خاصة و بعدها نحشي القناة بمادة خاصة ثم يتم إغلاق السن بوضع الحشو النهائية.

يحتاج هذا الإجراء تخدير السن و يستغرق من 1 إلى 5 جلسات ، و يجري أخذ صورة إشعاع أو أكثر للسن المعالج خلال العمل أو بعد قد يحدث ألم في السن بين جلسات المعالجة أو بعدها، و قد يحتاج المريض إلى المعالجة الدوائية خلال العمل و بعده.

قد يصبح السن ضعيفا بعد المعالجة النبية و قد يضطر الطبيب لإزالة جزء كبير من السن عند إزالة التسوس و عندها لابد من وضع وتد داخل السن و هو عبارة عن برغي معدني أو سيراميك قد يكون مسنن الحواف أو أملس و يوضع بهدف تثبيت الحشو النهائية مع جذور السن و يتطلب ذلك تكلفة إضافية كما يتوجب بعدها تغيير أو تويج السن. قد يفشل بعض حالات العلاج التي لأسباب متعددة و عندها يتطلب إعادة علاج و في بعض الحالات تدخل جراحي مثل قطع ذروة السن و في حال عدم النجاح يتم خلع السن و التعويض عنه بزراعة أو جسر حسب ما يراه الطبيب مناسب فكل حالة.

و قد يحتاج تقليب الجذر أو الكساره أو خروج الحاشية من ذروة الجذر مما يتطلب علاج اضافي قد يصل لخلع السن أي علاج اخر يطرأ على خطة العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض احكاما اثناء علاج العصب انكسار الأدوات المستخدمة داخل السن أو ض دفيها و يتطلب وقت و مواعيد علاج إضافية

نحن من عيادة عيادات دنتيستري الطبية جودة المعالجة لمدة سنة أشهر. يمكن للسن المعالج لدينا أن يتعرض لمشاكل لاحقاً بسبب تسوس جديد أو مشاكل في اللثة أو غيرها.

يعد الطبيب وحدة تقرير خطة المعالجة و ما تتطلبه الحالة من مراحل علاج و أدوات أو مواد مستخدمة فيها.

في حال اصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فله هو أو من يمثلته أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعني عيادة عيادات دنتيستري الطبية وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو ضحية 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 فشله. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناجمة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادات دنتيستري 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 يمثلته على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهم ماقيلها و قبلها واستقر بشكل كامل و يرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادات دنتيستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرونه مناسب للعلاج وتعهد بالالتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

لقد قرأت ما سبق و عنيته أوقع

توقيع المريض/ المريضة أو من يمثلته:

توقيع الشاهد/ Witness Signature:

