

**Patient Details**

Patient Name	Nimisha Chanda Vakil
Gender	Female
DOB/AGE	22 Nov. 1976
Email	

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

Masini

Signature of Patient or his/her Representative:

*Nimisha Vakil Qym*

Witness Signature: .....

Doctor's Signature: .....

تنظيف الأسنان

عملية تنظيف الأسنان هي عملية عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (هو البلاك المتصلب) بواسطة أحد أجهزة التنظيف الفوقي صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم حبيصاً. أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة إلى جلستان في الغالب (عندما على مدى إثنان أو حدة الجير إذا كان الجير سطحي فعلى الأغلب يستطلب جلسة واحدة لتنظيف وتعقيم وتلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجزء فسيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تعقيم وتلميع السن و الجير. أي علاج آخر يطأط على خطة العلاج لا يسب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متقطعة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير متقدماً فقد يكون هناك حركة أو خلطة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية قد يتطلب المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب إزالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات.

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

إن عدم التزام المريض بمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تؤدي إلى تغيير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحدة تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكفة الإضافية الناتجة عن تتعديل 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 أقر وأفهم ما فيها وقبلها واستقر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد لها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع

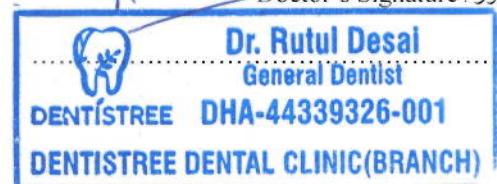
توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

*R.K. Desai*

Witness Signature/ توقيع الشاهد

*R.K. Desai*

Doctor's Signature/ توقيع الدكتور



Name of the Patient: .....

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