



Patient Name	SARA RIZVI
Gender	Female
DOB/AGE	26
Email	

Reg #	
Nationality	BRUNA
Mobile #	

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

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: .....

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

Signature of Patient or his/her Representative: .....



### Composite Fillings

Once caries is present on a tooth, it forms a cavity filled with germs and debris. This cavity should be cleaned and closed using synthetic materials. In this process, the dentist anaesthetizes the patient and proceeds with removing the caries using carefully sterilized and sealed drilling instruments that are disposed of after each usage. After such a procedure, the cleaned cavity is further prepared according to the rules that govern cavity preparation to receive the filling material. This process may sometimes traumatize the tooth's nerves or even expose them. Such incidents may cause sensitivity and pain may resolve in a few days or may require the performance of endodontic treatment on the affected tooth, depending on the doctor's judgment. Any further treatment that 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. Any filling is susceptible with time to fracture, dislodgement, discoloration, and secondary caries arising from another site on the tooth.\*

In case the patient insisted on changing made changes to 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 physicians/ Dentist, 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.

The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of 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 he has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the clinic and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to him and requested the physicians of DentisTree Dental Clinic to begin the treatment and gave them the authority to do whatever they consider is

وجود تسوس في أي سن يعني تكون حفرة مليئة بالجراثيم والأوساخ هذه الحفرة يجب أن تنظف وتنقل بمواد صناعية الإلactic . خلال هذه العملية قد تكتشف اصحاب السن أو تتضرر . في مثل هذه الحالة قد يعاني المريض من حساسية أو الم يمكن أن يزول بعد فترة بسيطة وقد يحتاج علاج حصب السن المتضرر أو تغطية العصب بمادة خاصة حسب ما يرام الطبيب مناسبأ . أي علاج آخر يطأء على خطه العلاج لأي سبب فهو تكالفة إضافية يجب على المريض فعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية أي حشوة معروضة مع مرور الزمن للكسر والتفت وتفت اللون وسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج .

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

إن عدم التزام المريض بالمواعيد العلاجية قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطه العلاج أو تؤدي إلى فشلها . وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكالفة خطه العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى الكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطه العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادات دينتسيري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت .

إن تكالفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتبطة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى لم يكمل المريض العلاج لأي سبب .

إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهمها واقبلها واستقرر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادات دينتسيري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرونونه مناسب لعلاجه وتعهد بالالتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكالفة العلاج .

اسم المريض/ المريضية: .....

لقد قرأت ما سبق وعليه أوقع  
توقيع المريض/ المريضية أو من يمثله: 

Witness/ الشاهد توقيع الشاهد: .....