



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient Name	SARA RIZVI
Gender	FEMALE
DOB/AGE	26
Email	

Reg #	
Nationality	BRITISH
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.

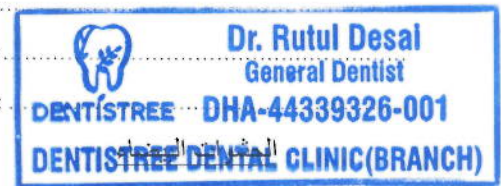
Name of the Patient:

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

Signature of Patient or his/her Representative:

Witness Signature:

Doctor's Signature:



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 ملينة بالجراثيم والأوساخ هذه الحفرة يجب أن تنظف وتغلق بمواد صناعية. في هذه العملية يخدر الطبيب المريض و يباشر في إزالة التسوس مستعملا أدوات حفر معقمة و محكمة الإغلاق . خلال هذه العملية قد تنكشف اعصاب السن أو تتضرر. في مثل هذه الحالة قد يعاني المريض من حساسية أو ألم يمكن أن يزول بعد فترة بسيطة وقد يحتاج لعلاج عصب السن المتضرر أو تغطية العصب بمادة خاصة حسب ما يرام الطبيب مناسباً. أي علاج آخر يطراء على خطه العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. أي حشوة معرضة مع مرور الزمن للكسر و التغير و تغير اللون و تسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج.

في حال إصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والذي يعفي عيادة دينتستري 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 التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دينتستري 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؛ قرأها وفهم ماقبها وقبلها واستقر بشكل كامل و برضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدّها ووافق عليها و طلب من اطباء عيادة دينتستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يروونه مناسب لعلاجها وتعهد بالالتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع
توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

توقيع الشاهد/ Witness