



|              |                |
|--------------|----------------|
| Patient Name | SHARMILA RIZVI |
| Gender       | FEMALE         |
| DOB/AGE      |                |
| Email        |                |

|             |            |
|-------------|------------|
| Reg #       |            |
| Nationality | SRI LANKAN |
| 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: ..... *Sharmila* .....

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

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

Witness Signature: ..... *Geetha*

Doctor's Signature: ..... *Dr. Rutul Desai*

**DENTISTREE DENTAL CLINIC(BRANCH)**

وجود تسوس في أي سن يعني تكون حملة بالجزءين الأول والأخير يجب أن تنظف وتتعلق بماء صناعية. في هذه العملية يدخل الطبيب المريض ويباشر في إزالة التسوس مستعملًا أدوات فخر معقفة ومحكمة الأغلاق . خلال هذه العملية قد تتكتف احصاب السن أو تتضرر. في مثل هذه الحالة قد يعاني المريض من حساسية أو ألم يمكن أن يزول بعد فترة سبعة وقد يحتاج لعلاج عصب السن المتضرر أو تغطية العصب بمادة خاصة حسب ما يرام الطبيب مناسبًا. أي علاج آخر يطراء على خطه العلاج لأي سبب فله تكالفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. أي حشوة معرضة مع مرور الزمن للكسر والتفتت وتغير اللون وتسوس 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 التهدى الخاص بذلك والذي يعفي عيادات دينتيستري الطبية وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

ان عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي الى مضاعفات قد تغير خطه العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكالفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكالفة الإضافية الناتجة عن تتعديل خطه العلاج كما يتحمل المريض أيضًا أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادات دينتيستري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

ان تكالفة 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.

ان توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قررها وفهم ما فيها وقبلها واستفحلها بشكل كامل ويرضى كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها ووافق عليها و طلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتنهى بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكالفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

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

Witness/ الشاهد: