



| | |
|--------------|--------------|
| Patient Name | RAYHAN RIZVI |
| Gender | MALE |
| DOB/AGE | |
| Email | |

| | |
|-------------|------------|
| Reg # | |
| Nationality | SLV 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: Mohammed Rayhan Rizvi

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

Signature of Patient or his/her Representative: Rayhan

Witness Signature: Sanjay R. K. Desai

Doctor's Signature: Dr. Rutul Desai
General Dentist
DENTISTREE DHA-44339326-001
DENTISTREE DENTAL CLINIC(BRANCH)

وجود تسوس في أي سن يعني تكون حفرة ملبدة بالفم، وهذه الحفرة قد تؤدي إلى تسوس مصنوعية في هذه العملية بحسب المعايير ويساير في أن التسوس مستعملات حفر معقمة ومحكمة الاخلاق . خلال هذه العملية قد تكشف اعصاب السن أو تتضرر. في مثل هذه الحالة قد يعاني المريض من حساسية أوالم يمكن أن يزول بعد فترة سبعة و قد يحتاج لعلاج عصب السن المتضرر أو تعطية العصب بمادة خاصة حسب ما يرام الطبيب مناسبأ. أي علاج آخر يطراء على خطه العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها و يتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. أي حشوة معروضة مع مرور الزمن للكسر و القلع 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 يعني عيادة عيادات دينتيستري الطبية و أطبائه 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 خطه العلاج أو تؤدي إلى فشلها . وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المقترنة عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطه 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 مرتبطة 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 مافيها وفقبلها واستقرس بشكل كامل ويرضيه 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 وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضة:

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

توقيع الشاهد/Witness: