

Patient File No

3880

**Patient Name** 

Sandip Kumar

Nationality Emirates ID Kittitian

784-1981-2962190-4

DOB

12-lun-1981

Gender

Male

Date

06-Aug-2024

## **Composite Fillings**

Once caries is present on a tooth they form 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 procedure, the cleaned ravity 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 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 what soever.

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 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.

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

I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my healthinformation through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Lawsof the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies.

الحشوات البيضاء

وجود تسوس في أي سن يدي تكون حفرة ملينة بالجرائيم والأوساخ هذه الحفرة يجب أن تنظف وتغلق بمواد صناعية. في هذه العملية بخدر الطبيب المريض و يباشر في إزالة التسوس مستعملاً (دوات حفر معقمة و محكمة الاغلاق - خلال هذه العملية قد تتكشف اعصاب السن أو تنضرر. في مثل هذه الحالة قد يعاني المريض من حساسية أو أميا يمكن أن يزول بعد فترة بسيطة وقد يحتاج لعلاج عصب السن المتضرر أو تقطية العصب بمادة خاصة حسب ما يزام الطبيب مناسباً، أي علاج آخر يطراء على خطه العلاج لأي سبب فله تكفلة أراهافية يجب على المريض دفيها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. أي حشوة معرضة مع مرور الزمن للكسر و القيح و تغير اللون و تسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج.

في حال إصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتمارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التمهد الخاص بذلك والذي يعني عيادة عيادة عيناستري للسنان وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أوطبيه أو قانونية أو معنوية مدمانات

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي ال مضاعفات قد تغير خطة الملاج أو تؤدي الى فشلها. وفي هذه الحالة يتحصل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المديض أيضاً إلى مسؤولية أخري دون تحمل عيادة عيادة دينتاستري للسنان أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكلفة جميع مراحل العلاج بجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرتجعة في أي مرتجعة من المرحض أو من مورحل العلاج حتى ولم يكمل المرحض ألو من هو ميروض أو من هو ميروض أو من هو ميروض أو من هو ميروض أو ميروض أو ميروض أو ميروض ميروض أو ميروض

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

وافق على أن مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي في هذه المنشأة سيتمكنون من الوصول إلى صحتي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (MABIDH) وفقا للقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة المصحة بدبي.

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

Sandip Kumar

06-Aug-2024

Patient's name

Signature of Patient Legally authorized Representative

Date

06-Aug-2024

Witness Signature



Date

Pearl Pinto

Dentist's Signature

06-Aug-2024

