



### Teeth Cleaning

### تنظيف الأسنان

Patient Name اسم المريض	:	Siddharth Raghuvanshi Singh		Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1979-7460357-9
File No رقم الملف	:	452	DOB تاريخ الميلاد	1979-01-15	Nationality جنسية	Indian
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	Ahmed Alnajjar	Date تاريخ	2025-08-31

Teeth's cleaning is a process in which plaque (a thin soft white layer covering the teeth) or calculus (the hardened or calcified plaque) is removed using the latest dental ultrasonic machine at high speed with water spray as a coolant. Plaque usually needs one session of cleaning after which airflow technique and professional polishing is performed. As for calculus it may require 1 to 2 sessions depending on its extent. If its superficial then one session is required after which polishing is done to smooth the teeth. If the calculus is deep then that requires 2 or more sessions of deep scaling in which the roots are also cleaned, smoothed and polished. If any further treatment is unexpectedly added to the treatment plan for any reason, it would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. After scaling the patient may feel slight to moderate sensitivity depending on extend of the calculus. Some mobility may be experienced in cases of deep scaling the severity of which depends on extend of bone loss and may require further treatment. Some patients may notice some spaces between their teeth those are due to the removal of the calculus that was occupying that space.

In case the patient insisted on changing 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 (BRANCH), and its Dentists, 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 (BRANCH) 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 then 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 has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the center and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to them and requested the physicians of DENTISTREE DENTAL CLINIC (BRANCH) 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.

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك. (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المتصلب) بواسطة أحد أجهزة التنظيف الفوقي صوتية التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج للأغلىب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً. أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة إلى جلستان في الغالب إنتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير، إذا كان الجير سطحي فعلى الأغلىب سينطلب جلسة واحدة لتنظيف وتعقيم و تلميع السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تعقيم وتلميع السنين والجذور، أي علاج آخر يطأ على خطة العلاج لاي سبب فهو تكفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. بعد تنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير ممتداً كثيراً فقد يكون هناك حركة أو خلخلة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ارالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات. في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو أو من يمثله أو المسئول عنه التوقيع على التفهيم الخاص بذلك والذي يعفي عيادة ديناستري للسنوات طبياً بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصيحة طبيب الأسنان، يجب عليه أو على ممثله أو الشخص المسئول عنه التوقيع على تفهيم (DENTISTREE DENTAL CLINIC (BRANCH)) وأطباء الأسنان التابعين لها بالكامل من أي مسؤولية مهما كانت، سواء مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية.

إن غياب المريض عن المواعيد والمواعيد المحددة له أو عدم التزامه بتعليمات الطبيب قد يؤدي إلى حدوث مضاعفات تؤدي إلى تغيير خطة العلاج أو فشلها، وفي هذه الحالة يكون هو وحده المسئول عن دفع تكفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها بالإضافة إلى التكفة الإضافية الناتجة عن تتعديل خطة العلاج، ويكون المريض في هذه الحالة مسؤولاً عن النتائج مهما كانت، ويجب إعفاء عيادة ديناستري للسنوات طبياً (BRANCH) وأطبائها بالكامل من أي مسؤولية سواء مالية أو طبية أو قانونية أو أديبية.

يجب دفع تكفة جميع مراحل العلاج كاملة مقدماً ولا يجوز استردادها في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى لو لم يكمل المريض العلاج لاي سبب من الأسباب، ويعني توقيع المريض أو أي شخص مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة ما يلي:

أه قرأ الورقة وفهم محتواها، وسأل بشكل كامل وممرضى عن كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء المركز وأى جهة أخرى يريد استشارة، وأنه وافق على ما تم شرح لهم وطلب من أطباء (DENTISTREE DENTAL CLINIC (BRANCH)) البدء في العلاج ومنهم الصالحة للقيام بكل ما يرونه مناسباً لحالته، وتعهد باتباع تعليماتهم وحضور جميع جلسات العلاج في الوقت المحدد ودفع تكفة العلاج كاملة.

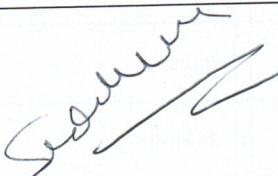
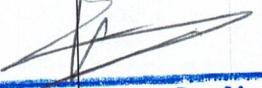
لقد قرأت كل ما ذكر أعلاه وسأوقع أدناه موافقةً عليه.

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 health information through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the laws of the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies.

أوافق بأن يقوم مراولى المهن الصحية المشرفين على تقديم خدمات الرعاية الصحية لي في هذه المنشأة، بالاطلاع على معلوماتي الصحية في نظام تبادل المعلومات الصحية (نيدس) وفقاً للنطريات السارية في دولة الإمارات العربية المتحدة بشكل عام وأماراة دبي بشكل خاص بما فيها القرارات الصادرة عن هيئة الصحة في دبي.

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction  
قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك

Patient مريض	Witness شاهد	Doctor الأطباء
		 <p>Dr. Ahmed Alnajjar General Dentist DENTISTREE DHA-41622535-007 Doctor Name DENTISTREE DENTAL CLINIC(BRANCH) Ahmed Alnajjar - Dental (DHA-P-41622535)</p>
Patient Name اسم المريض Siddharth Raghuvanshi Singh	Witness Name توقيع الشاهد ANSU	Date تاريخ 2025-08-31
Date تاريخ 2025-08-31	Date تاريخ 2025-08-31	Date تاريخ 2025-08-31