

Patient Details

DENTISTREE
DENTAL CLINIC

Patient Name	SABIA HAMAD
Gender	FEMALE
DOB/AGE	3/2/1989
Email	

Reg #	
Nationality	EMIRATI
Mobile #	056 8256446

***** Please read and sign at the bottom of the form.

Masini-

Signature of Patient or his/her Representative:

Witness Signature:

Doctor's Signature:

تنظيف الأسنان

عملية تنظيف الأسنان هي عبارة عن تنظيف البلاك (هي طبقة بيضاء ناعمة تغطي السن) أو الجير (وهو البلاك المنصلب) بواسطة أحدث أجهزة التنظيف الفوقي مسوقة التي تستخدم الماء للتبريد. البلاك يحتاج بالأغلب جلسة واحدة للتنظيف من بعدها يتم تلميع السن بواسطة معجون يستخدم خصيصاً أما تنظيف الجير فيتطلب من جلسة إلى جلستان في الغالب! اعتماداً على مدى انتشار أو حدة الجير. إذا كان الجير سطحي فعلى الأغلب سيتطلب جلسة واحدة لتنظيف وتعيم وتنعيم السن. أما إذا كان الجير منتشر إلى الجذر فسيحتاج المريض لجلستان أو أكثر من التنظيف العميق و من بعدها يتم تنعيم و تلميع السن و الجذر. أي علاج آخر يطأء على خطة العلاج لا يسبّ فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها و يتطلب وقت و مواعيد علاج إضافية. بعد التنظيف يمكن أن يشعر المريض بحساسية خفيفة إلى متوسطة حسب نسبة الجير و إذا كان الجير متعدد كثيراً فقد يكون هناك حركة أو حملة في السن وقد يحتاج المريض لخطة علاج إضافية. قد يلاحظ المريض بعد التنظيف وجود فراغات بين الأسنان ذلك بسبب ازالة الجير الذي كان يحتل هذا الفراغات.

في حال إصرار المريض على تغيير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعلية هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التعديل الخاص بذلك والذي يعني عيادة عيادات دينتيستري 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 التكالفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة 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 مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب.

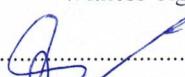
إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قد أقرّأها وفهم مافيها وقبلها واستفسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريد لها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستري الطبية البدء في العلاج وفوضهم بعمل ما يريدونه مناسب لعلاجه وتعهد بالالتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج

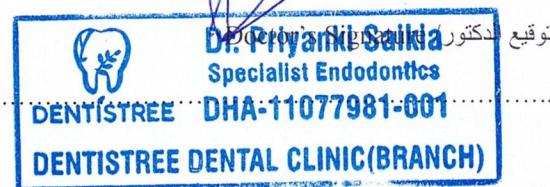
اسم المريض/المريضة: 

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع

توقيع المريض/المريضة أو من يمثله: 

توقيع الشاهد/Witness Signature





Name of the Patient:

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