

Date	Treatment Notes	Doctor

**DENTAL CLINIC**

**ALERTS**

ID No : .....

Patient Information

Date : .....

Name of Patient : ..... Sex :  M  F Age : .....

Address : .....  
 .....

Phone : ( Res ) ..... ( Off ) .....

Mob : ..... e-mail .....

**To be filled by the Doctor**

Chief Complaint :

**Medical Diseases Checklist**  
 Diabetic  Blood Pressure  Drug Allergies  Latex Allergy  Cardiac  Anticoagulant Use   
 Pregnancy  EPILEPSY  HEPATIC  RENAL  PULMONARY  STD

Medical history :

Medications :

Dental history :

**Occlusal Status**

Overjet / Bite - .....
Crowding / Spacing - .....
Curve of Spee - .....
Molar Relationship - .....
Canine Relationship - .....
Skeletal pattern - .....
Bite anomalies - .....

**Oral Health Status**

Calculus - .....
Stains - .....
O-Hygeine - .....
Gingival health - .....
Periodontal health - .....

**Extra / Intra Oral Examination**

Face / Neck - .....
Lips / Cheeks - .....
Palate / Pharynx - .....
Tongue - .....
Floor / Frenum - .....

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Buccal																
Palatal						Notes .										
Lingual																
Buccal																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

<b>Previous Treatments</b>
<b>Investigations</b>

Addl. Notes

TREATMENT ADVISED (ചികിത്സ ഉപദേശം) :

INITIAL ESTIMATED COST ( കണക്കാക്കിയ ഏകദേശ ചിലവ് ) :

Notes ::

**PATIENT TREATMENT INFORMED CONSENT**

I have been fully informed of the nature of the procedures involved in the treatment of my dental conditions, the procedure to be utilized, the risks and benefits of the treatment, anesthesia selected and the necessity for follow-up and self-care. The treatments have been decided in consultation with me after analysing the risk to benefits and the costs involved.

എന്റെ ദന്ത ചികിത്സയിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളുടെ സ്വഭാവം, ഉപയോഗപ്പെടുത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ, ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകളും നേട്ടങ്ങളും, തിരഞ്ഞെടുത്ത അനസ്തേഷ്യ, ഫോളോ-അപ്പ്, സ്വയം പരിചരണം എന്നിവയുടെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് എന്നെ പൂർണ്ണമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ചികിത്സയിലെ ആനുകൂല്യങ്ങൾ അപകടസാധ്യതയും ചെലവുകളും വിശകലനം ചെയ്തതിന് ശേഷം എനോട് കൂടിയാലോചിച്ച് ചികിത്സകൾ തീരുമാനിച്ചു.

I have had an opportunity to ask any questions I may have in connection with the treatment and to discuss my concerns with the Doctor.

ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എനിക്ക് എന്തെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാനും എന്റെ ആശങ്കകൾ ഡോക്ടറുമായി ചർച്ച ചെയ്യാനും എനിക്ക് അവസരം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്.

I hereby consent to the performance of procedues as presented to me during consultation and the treatment plan as described in this document.

കൺസൾട്ടേഷന്റെ സമയത്ത് എനിക്ക് അവതരിപ്പിച്ച നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും ഈ പ്രമാണത്തിൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്ന ചികിത്സാ പദ്ധതിയുടെയും പ്രകടനത്തിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

**I CERTIFY THAT I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THIS CONSENT DOCUMENT.**

ഈ സമ്മതം ഞാൻ വായിക്കുകയും പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

Name of Patient / Guardian / bystander :

Signature of Patient / Guardian / bystander :

Date :