



Dr. Anna Jotkowitz
ד"ר אנה יוטקוביץ

Dr. Abbe Kellner-Kutno
ד"ר אבי קלנר-קוטנו

Dr. Dena Naeh
ד"ר דינה נאה

Hygiene Waiver – טופס ויתור שיננית

I _____ am only seeing the dental hygienist at Raananana Dental Care and my other dental care takes place outside of this clinic.

I commit to have had a dental examination with in the past year and will bring copies of my X-rays as necessary.

I understand the limitations of having only partial care in the one practice.

I hereby understand that by only seeing the dental hygienist at Raananana Dental Care, I cannot hold them responsible for my dental health.

Date _____

Signature _____

אני _____ מטפל/ת רק אצל השיננית במרפאת רעננה דנטל קייר, ושאר צרכי ברפואת שיניים מטופלים במרפאה אחרת.

אני מתחייב/ת שעשיתי בדיקת שיניים כללית במהלך השנה האחרונה ואביא את צילומי השיניים שלי במידה ויהיה צורך.

אני מבינ/ה את המגבלה בלקבל טיפול חלקי במרפאת רעננה דנטל קייר.

אני מבינ/ה שזו הבחירה שלי לקבל טיפול שיננית בלבד, ולכן הרופאות/ים ברעננה דנטל קייר אינם אחראים על בריאות הפה הכללית שלי.

תאריך _____

חתימה _____