



Dr. Anna Jotkowitz
ד"ר אנה יוטקוביץ

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

Dr. Dena Naeh
ד"ר דינה נאה

טופס ויתור אורתודנטיה Orthodontic Waiver

I hereby declare that i am attending Raanana Dental Care for orthodontic treatment only.

I have seen my outside dentist recently who has determined that my dental condition based on clinical and radiographic examination is healthy and that my oral hygiene is adequate to undergo orthodontic treatment.

Raanana Dental Care is not responsible for any cavities that may be discovered during or after orthodontic treatment.

I will continue to see my dentist periodically throughout the course of orthodontic treatment and also visit the hygienist regularly.

Date _____ Signature _____

אני _____ מצהיר/ה בזאת שאני מגיע/ה למרפאת השיניים רעננה דנטל קייר לצורך טיפול אורתודונטי בלבד.

רופא/ת השיניים הקבוע/ת שלי ראת/ה אותי לאחרונה וקבע/ה לאחר בדיקה מקיפה שאני כשיר/ה מבחינת בריאות הפה לעבור טיפול אורתודונטי.

מרפאת רעננה דנטל קייר לא תישא באחריות עבור חורים בשיניים שייתכן ויתגלו במהלך או לאחר הטיפול האורתודונטי.

אני מתחייב/ת להמשיך להגיע לבדיקות אצל רופא/ת השיניים שלי במהלך הטיפול, ובנוסף אבקר באופן קבוע אצל שיננית מוסמכת.

חתימה _____

תאריך _____