



Dr. Anna Jotkowitz
ד"ר אנה יוטקוביץ

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

Dr. Dena Naeh
ד"ר דינה נאה

I _____ am only seeing the dental hygienist at Raanana 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 Raanana Dental Care, I cannot hold them responsible for my dental health.

Date _____ Signature _____

אני _____ מטפל רק אצל השיננית, ברעננה דנטל, ושאר צרכי ברפואת שיננים אני מטפל במרפאה אחרת.

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

אני מבין/מבינה את המגבלה מלקבל טיפול חלקי במרפאת רעננה דנטל קייר.

אני מבין/מבינה שזה בחירתי לטפל בשיננית בלבד, ולכן הרופאים ברעננה דנטל קייר אינם אחריים עבור בריאות הפה הכללי שלי.

חתימה _____ תאריך _____