

NEOFLEX ALIGNER TREATMENT INFORMED CONSENT

I have been adequately informed and have had the opportunity to ask questions and discuss any concerns regarding orthodontic treatment using Neoflex aligners-shape-memory, 3D-printed direct aligners - with the doctor who will be providing my treatment

I understand that Neoflex brand use resin for 3D printing aligners.

I have been given sufficient time to read, and I have read the information provided regarding orthodontic treatment with Neoflex aligners.

I understand the benefits, risks, and inconveniences associated with aligner treatment, the alternative options available for orthodontic treatment, as well as the option of no treatment.

I understand that orthodontics involves the movement of teeth within the bone and supporting tissue structures and that it cannot achieve 100% accuracy. I acknowledge that my doctor and Neoflex Aligner have not made, and cannot make, any guarantees or assurances regarding the outcome of my treatment.

I understand that Neoflex is a 3D-Printing Aligner company and is not a provider of medical, dental, or health care services. It does not and cannot practice medicine, dentistry, or provide any medical advice.

I understand that I should only use Neoflex aligners after consultation with and a prescription from a Neoflex-trained doctor. I hereby consent to orthodontic treatment with Neoflex aligners as prescribed by my doctor.

By signing this document, I confirm that I have read and understood the information related to my Neoflex aligner treatment. I understand that the goal of the treatment is to achieve the results shown in my customized treatment plan, with the understanding that individual biological factors may affect the final outcome. I hereby consent to treatment for myself or for a minor under my legal care.

I also know that result of treatment outcome depends mainly on full time wearing of aligners.

I also give my consent with the understanding that PET-G materials may cause allergic reactions in some individuals. I confirm that I have not experienced any allergies to PET-G materials to date, and I commit to informing my doctor of any signs of irritation or allergic response.

Furthermore, I consent that I or the minor under my care undergoing treatment with Neoflex aligners will follow the hygiene protocols prescribed without fail.

I confirm that I have read, understood, and agree to the terms stated in this document, as indicated by my signature below. A copy of this consent shall be considered as effective and valid as the original.

Patient Name:

Patient signature (Or in case of a minor, parent or legal guardian signature).....

Date:

CLINIC NAME:

DR'S NAME AND STAMP.....

Scan QR to view Website





علاج نيوفليكس بالمصففات الشفافة الموافقة المستنيرة

لقد تم إبلاغي بشكل كاف، وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة أي مخاوف تتعلق بعلاج تقويم الأسنان باستخدام مصففات نيوفليكس الشفافة، وهي مصففات مباشرة مطبوعة بتقنية الطباعة ثلاثية الأبعاد وذات خاصية ذاكرة الشكل، مع الطبيب الذي سيشرف على علاجي.

أفهم أن علامة نيوفليكس التجارية تستخدم مادة الراتنج في طباعة المصففات ثلاثية الأبعاد.

لقد منحت الوقت الكافي لقراءة المعلومات المتعلقة بعلاج تقويم الأسنان باستخدام مصففات نيوفليكس، وقد قمت بقراءتها وفهمها.

أفهم الفوائد والمخاطر والإزعاجات المحتملة المرتبطة بالعلاج بالمصففات الشفافة، وكذلك الخيارات البديلة المتاحة لعلاج تقويم الأسنان، بالإضافة إلى خيار عدم تلقي أي علاج.

أفهم أن تقويم الأسنان يتضمن تحريك الأسنان داخل العظم والأنسجة الداعمة لها، وأنه لا يمكن تحقيق دقة بنسبة 100%. وأقر بأن طبيبي وشركة نيوفليكس للمصففات لم يقدموا، ولا يمكنهما تقديم، أي ضمانات أو تعهدات بشأن نتائج العلاج.

أفهم أن نيوفليكس هي شركة متخصصة في تصنيع المصففات بتقنية الطباعة ثلاثية الأبعاد، وليست جهة مقدمة لخدمات الرعاية الطبية أو طب الأسنان أو الخدمات الصحية. كما أنها لا تمارس الطب أو طب الأسنان ولا تقدم أي استشارات طبية.

أفهم أنه يجب عليّ استخدام مصففات نيوفليكس فقط بعد استشارة طبيب مدرب ومعتمد من نيوفليكس والحصول على وصفة علاجية منه. وبموجب هذا الإقرار، أوافق على الخضوع لعلاج تقويم الأسنان باستخدام مصففات نيوفليكس وفقاً للوصفة العلاجية التي يحددها طبيبي.

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أؤكد أنني قرأت وفهمت المعلومات المتعلقة بعلاجي باستخدام مصففات نيوفليكس. وأفهم أن الهدف من العلاج هو تحقيق النتائج الموضحة في خطة العلاج المخصصة لي، مع إدراكي أن العوامل البيولوجية الفردية قد تؤثر على النتيجة النهائية. وبموجب هذا الإقرار، أوافق على العلاج لنفسي أو للقاصر الخاضع لرعايتي القانونية.

كما أعلم أن نتائج العلاج تعتمد بشكل أساسي على ارتداء المصففات الشفافة طوال المدة الزمنية الموصى بها.

وأوافق كذلك مع إدراكي أن مواد بي اي تي- جي قد تسبب ردود فعل تحسسية لدى بعض الأشخاص. وأؤكد أنني لم أتعرض لأي حساسية تجاه مواد بي اي تي- جي حتى تاريخه، وألتزم بإبلاغ طبيبي فور ظهور أي علامات تهييج أو استجابة تحسسية.

وعلاوة على ذلك، أوافق على أنني، أو القاصر الخاضع لرعايتي والذي يتلقى العلاج بمصففات نيوفليكس، سوف نلتزم التزاماً كاملاً بإجراءات وتعليمات النظافة الصحية الموصوفة دون أي تقصير.

وأؤكد أنني قرأت وفهمت ووافقت على جميع الشروط والأحكام الواردة في هذه الوثيقة، كما هو موضح بتوقيعي أدناه. وتعد أي نسخة من هذا الإقرار بنفس قوة وفعالية وصحة النسخة الأصلية.

اسم المريض:

توقيع المريض (أو توقيع الوالد/الوالدة أو الوصي القانوني في حال كان المريض قاصراً):

التاريخ:

اسم العيادة:

اسم الطبيب والختم:

