

## Публичная оферта на оказание услуг

### 1. Общие положения.

1.1. Настоящий документ является публичной офертой ТОО «Dental Experts» (далее - Исполнитель) и содержит все существенные условия по договору на оказание стоматологических услуг физическим лицам.

1.2. В соответствии со статьями 395, 396 Гражданского Кодекса Республики Казахстан (далее – ГК РК), в случае принятия изложенных ниже условий и оплаты услуг, физическое лицо, производящее акцепт этой оферты становится Заказчиком, а Исполнитель и Заказчик совместно — Сторонами договора оферты.

1.3. Настоящая публичная оферта регулируется нормами законодательства Республики Казахстан.

1.4. Совершая действия по акцепту настоящего публичного договора оферты, Заказчик подтверждает свою правоспособность и дееспособность, достижение Заказчиком возраста 18 лет, а также законное право Заказчика вступать в договорные отношения с Исполнителем.

### 2. Термины и определения.

2.1. В целях настоящей оферты нижеприведенные термины используются в следующих значениях:

Оферта – настоящий документ, опубликованный в сети Интернет на Веб-сайте или в Мобильном приложении и содержащий предложение для лиц, заинтересованных в оказании стоматологических услугах.

Акцепт оферты – полное и безоговорочное принятие условий Оферты Заказчиком путем осуществления действий, указанных в настоящей Оферте. Акцепт Оферты создает Договор оферты.

Веб-сайт – принадлежащий Арендодателю ресурс, размещенный для публичного доступа в сети Интернет по адресу: <https://www.dental-experts.kz/>, обеспечивающий информирование пользователей о типах услуг, работ, порядке записи и оплаты, и предоставляющий потенциальным Заказчикам возможность оформить запись онлайн.

Договор оферты – договор между Исполнителем и Заказчиком на оказание услуг, который заключается посредством акцепта Оферты.

Заказчик/Пациент – дееспособное физическое лицо, достигшее 18 лет, имеющее законное право вступать в договорные отношения с Исполнителем, а также принявшее условие настоящей Оферты, и являющийся таким образом Заказчиком услуг Исполнителя по заключенному Договору оферты.

Исполнитель –лицо, оказывающее услуги по Договору оферты: ТОО «Dental Experts», юридическое лицо, зарегистрированное в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеющее юридический адрес: Республика Казахстан, 050022, г.Алматы, ул.Сатпаева, 11. Действует на основании лицензии на право осуществления медицинской деятельности (№ 16015204, 2016-09-30).

Прейскурант/Прайс-лист – перечень стоматологических услуг, оказываемых Исполнителем и содержащий стоимость данных услуг.

### 3. Предмет Оферты и акцепт Оферты.

3.1. Исполнитель обязуется оказывать стоматологические услуги, оказываемые в медицинских организациях, расположенных на территории Республики Казахстан (протезирование зубов, имплантация) Заказчику в соответствии с условиями настоящей Оферты, а также Приложениями к настоящей Оферте а Заказчик обязуется оплачивать услуги по установленной стоимости, указанной в Прейскуранте на веб-сайте Исполнителя.

3.2. Публичная Оферта и Прайс-лист Исполнителя являются официальными документами, содержащими условия об оказании услуг и публикуются на Веб-сайте.

3.3. Исполнитель вправе привлекать к исполнению Договора оферты третьих лиц, оставаясь ответственным за их действия (бездействия) перед Заказчиком.

3.4. Принимая условия настоящей оферты, Заказчик также соглашается с условиями, указанными в приложениях к настоящей Оферте.

3.5.1. Перечень Приложений:

- 1) Приложение №1 - Гарантийные обязательства и сроки;
- 2) Приложение №2 - Соглашение о предоплате на оказание стоматологических услуг;
- 3) Приложение №3 - Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (удаление);
- 4) Приложение №4 – Договор оказания стоматологических услуг в клинике
- 5) Приложение №5 – Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Композитные виниры);
- 6) Приложение №6 - Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов);

- 7) Приложение №7 – Договор на проведение операции по дентальной имплантации зубов;
- 8) Приложение №8 – шаблон плана лечения;
- 9) Приложение №9 – Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Профессиональная гигиена полости рта);
- 10) Приложение №10 - Информированное добровольное согласие на проведение хирургического лечения (открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое хирургическое вмешательство);
- 11) Приложение №11 - Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов);
- 12) Приложение №12 - Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Пародонтологическое лечение (лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы);
- 13) Приложение № 13 - Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Эндодонтическое лечение).

#### 4. Условия и порядок предоставления услуг.

4.1. Услуги Исполнителя предоставляются Заказчику только при условии предоставления личных данных на Веб-сайте. В обязательном порядке при формировании Заказа предусматривается предоставление личных данных Заказчика, без которых выполнение Исполнителем своих обязательств по Договору оферты является невозможным.

4.2. После прохождения процедуры Записи Заказчик отвечает за полноту и достоверность вводимых регистрационных данных и подтверждает, что все действия, которые будут произведены с использованием этих данных для исполнения условий настоящей Оферты, выполняются им лично или с его согласия. В равной степени Заказчик подтверждает достоверность вводимых им при работе на Веб-сайте данных иных лиц, на имя которых может осуществляться оформление Записи. Заказчик понимает и принимает на себя всю ответственность за точность, полноту и достоверность введенных им данных.

4.3. Изменение личных данных Заказчика в оформленной Записи может повлечь утрату силы согласованной в Записи стоимости услуг. При этом Заказчик принимает на себя все возможные коммерческие риски (оформление новой Записи, изменение даты и времени Записи, возврат денег и прочее), связанные с его виновными действиями по допущению ошибок и неточностей в предоставлении личных данных.

4.4. Заказчик знакомится с Прайс-листом, содержащим в себе перечень услуг, а также их стоимостью, размещенной на Веб-сайте, выбрав необходимый вид услуг, дату и время оказания услуг. Заказчик делает запрос на услугу, следуя процессу оформления Записи на Веб-сайте.

4.5. Объем предоставления Заказчику стоматологических услуг определяется Исполнителем и согласовывается Заказчиком (законным представителем Заказчика, не достигшего возраста 15 лет), в момент обращения Заказчика в Клинику Исполнителя с целью получения стоматологических услуг.

#### 5. Исполнитель обязуется:

5.1. осуществлять в оговоренное с Заказчиком время осмотр пациента с проведением, по показаниям, дополнительных методов обследования для установления предварительного диагноза и объема необходимых лечебных процедур.

5.2. ознакомить Заказчика с планом лечения, возможными ближайшими и более поздними осложнениями, независящими от проведенного врачом лечения. Обеспечить качественные и безболезненные методы лечения с применением по показаниям обезболивающих средств, согласовать время и дату посещения Заказчиком врача.

5.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения

5.4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика, используемых, в том числе, в стоматологических информационных системах.

5.5. При оказании стоматологических услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в Республике Казахстан лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий.

6. Исполнитель имеет право:

- 6.1. Вносить изменения в Прайс-лист услуг, который содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.
- 6.2. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские учреждения) для оказания услуг Заказчику.
- 6.3. Отказаться от предоставления Заказчику услуг, предусмотренных настоящей Офертой, в случае невыполнения Заказчиком условий Оферты или Приложений/Дополнений к нему, в том числе в случае невыполнения Заказчиком требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Заказчика противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.
- 6.4. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание стоматологической услуги Заказчику, в случаях возникновения состояний Заказчика, требующих незамедлительного медицинского вмешательства.
- 6.5. Иные права, указанные в приложении

7. Заказчик обязуется:

- 7.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Заказчика.
- 7.2. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Заказчиком всех требований и рекомендаций врача и медицинского персонала, соблюдать гигиену полости рта, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания стоматологической услуги.
- 7.3. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Заказчика заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Заказчика.
- 7.4. Посещать лечащего врача для контрольных и профилактических осмотров в период реабилитации.
- 7.5. Сообщать Исполнителю о жалобах Заказчика, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.
- 7.6. Предоставлять Исполнителю необходимую для медицинского вмешательства информацию о состоянии здоровья Заказчика и иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых стоматологических услуг.
- 7.7. Оплачивать стоматологической услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящей Офертой, дополнениями/приложениями к нему.
- 7.8. За свой счет оплачивать расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий Заказчика вопреки согласованным с Заказчиком назначениям Исполнителя.
- 7.9. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.

8. Заказчик имеет право:

- 8.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящей Оферте.
- 8.2. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 8.3. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.
- 8.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- 8.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 8.6. Знакомиться и получать медицинскую документацию (ее копии и выписки из медицинских документов), знакомиться с медицинскими заключениями Исполнителя в отношении Заказчика с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.
- 8.7. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Заказчика решает врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком или его представителем, а также медицинским работником.
- 8.8. Обратиться к руководству Заказчика с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.
- 8.9. Самостоятельно, на основе действующего Прайс-листа, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя.

## **9. Ответственность Сторон.**

9.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору оферты Исполнитель и Заказчик несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

9.2. Исполнитель несет ответственность:

9.2.1. За качество, объем и сроки оказываемых Заказчику стоматологических услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

9.2.2. За достоверное и своевременное информирование Заказчика о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании стоматологических услуг.

9.2.3. В случае невыполнения или некачественного выполнения своих обязательств, при наличии доказательства своей вины.

9.3. Заказчик несет ответственность:

9.3.1. За несвоевременную оплату стоимости предоставленных стоматологических услуг в соответствии с условиями настоящей Оферты, Дополнений/Приложений к нему.

9.3.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Заказчика.

9.3.3. За выполнение/невыполнение Заказчиком всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Исполнителя, предписанных на период после оказания стоматологической услуги.

9.3.4. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Заказчиком, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

9.3.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Заказчик нарушит обязательства, предусмотренные настоящей Офертой, в случае если указанные нарушения имели место и явились причиной недостатков оказания медицинской помощи (вреда).

9.3.6. Вид лечения, конструкции протеза, стоматологических материалов определяются Исполнителем с учетом пожеланий Заказчика. Исполнитель обязан своевременно информировать Заказчика о том, что не соблюдение указаний лечащего врача Исполнителя и иные обстоятельства, зависящие от потребителя, могут снизить качество оказываемой услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

Если Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не выполнит указания лечащего врача Исполнителя либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги), то Исполнитель не несет ответственности за положительный и качественный результат выполненной работы (оказанной услуги). Заказчик в данном случае не имеет право требовать возмещения убытков.

9.4. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## **10. Порядок изменения, пролонгации и расторжения Договора оферты**

10.1. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Договор, Прайс-лист, перечень стоматологических услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания стоматологических услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответствующей информации на информационных стендах в Клинике Исполнителя и официальном сайте Исполнителя.

10.2. Исполнитель вправе расторгнуть Договор оферты в любое время без предварительного уведомления в случае нарушений Заказчиком оплаты услуг.

10.3. Заказчик вправе отказаться от получения стоматологических услуг в рамках настоящего Договора, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения).

10.4. При отказе Заказчика от получения стоматологических услуг и/или при расторжении Договора (его части) Стороны производят окончательный расчет по настоящему Договору (его части), при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств.

10.5. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю за фактически понесенные Исполнителем расходы.

10.6.

11. Реквизиты Исполнителя

Полное наименование	
БИН	
Банковские реквизиты	
Юридический адрес	
Телефон и эл. адрес	
Генеральный директор	

## **Гарантийные обязательства и сроки**

*Стоматологическая клиника Dental Expert's руководствуется:*

- 1. Основами Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О Здоровье народа и Системе Здравоохранения» No360-VI ЗРК.*
- 2. Современными и общепринятыми нормами медицинской этики.*

### **Гарантии определяются:**

- на каждую конкретную выполненную работу;
- с учетом конкретных обстоятельств, которые врач называет пациенту;
- по согласованию с пациентом до (предварительно) и после лечения.

### **Гарантийные сроки**

На стоматологические работы (услуги), имеющие материальный результат (винир, зубная коронка, восстановление зуба, зубные протезы, ортодонтические аппараты после снятия брекет-системы) прогнозируемые гарантии устанавливаются в виде гарантийного срока сроком на 1 год. При условии надлежащего соблюдения Пациентом всех рекомендаций и правил, Клиника гарантирует, что услуги будут оказаны качественно, и что используемые при их оказании изделия и материалы будут служить, отвечать своему назначению и выполнять свои функции в течение не менее:

- 12 (двенадцать) месяцев на пломбы при лечении кариеса с момента установки пломбы;
- 12 (двенадцать) месяцев на импланты с момента установки и проведения операции;
- 12 (двенадцать) месяцев на ортопедические конструкции с момента их фиксации в полости рта.

### **Гарантия на отдельные виды услуг:**

На отдельные виды стоматологических работ (услуг) ввиду их специфики установить гарантийные сроки и сроки службы не представляется возможным:

- лечение и перелечивание периодонтита;
- профессиональная гигиеническая чистка полости рта;
- временная пломба;
- некоторые виды ортодонтического лечения;
- хирургические операции;
- пародонтологическое лечение;
- отбеливание зубов.

В случаях, когда ввиду специфики стоматологической работы (услуги) невозможно определить гарантийные сроки и сроки службы, врач устанавливает и разъясняет пациенту процент успешности лечения в каждом конкретном случае.

### **Гарантия не распространяется:**

- на фиксацию декоративных зубных украшений;
- на пародонтологическое лечение и профессиональную гигиену полости рта;
- на отбеливание зубов;
- на лечение молочных зубов;

- на лечение хронического периодонтита (возможно, потребуются дополнительные процедуры для купирования прикорневого воспаления)
- на перелечивание корневых каналов (перелечивание периодонтита, извлечение инструментов)
- на прогрессирование или обострение воспаленного процесса в зубах, леченных по поводу периодонтита.
- при отказе пациента от предложенного клиникой рационального плана лечения, с оговоркой всех последствий.

**Досрочное прекращение действия гарантии:**

Гарантия на результаты оказанных услуг, предоставленная Пациенту прекращается досрочно в случае, если при обращении Пациента по гарантии Клиникой будет установлено любое из следующих обстоятельств:

- Пациент осуществлял терапевтические или иные процедуры в отношении того же объекта лечения в ином лечебном учреждении, вне зависимости от объемов, полученных Пациентом медицинских услуг в другом медицинском учреждении;
- Пациент в процессе лечения, или в течении срока гарантии, установленного настоящим

Положением, самостоятельно пытался устранить выявленные недостатки;

- Пациент не соблюдает рекомендации Клиники по проведению необходимых мероприятий по уходу за состоянием полости рта (периодичность профилактических осмотров, проведение гигиенических мероприятий, уход за протезами, постоянное наблюдение за имплантатами и т. д. в соответствии с установленными стандартами);
- Состояние изделия (протеза, имплантата, коронки или др.) ухудшилось вследствие несоблюдения или иного нарушения Пациентом предписаний и(или) рекомендаций

Клиники, допущенного им в течение гарантийного срока;

Я принимаю все условия и никаких претензии по оказанной услуге к врачу и к стоматологии не имею.

**Dental Experts**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**Соглашение о предоплате  
на оказание стоматологических услуг****1. Предмет Соглашения**

1.1. В соответствии с достигнутыми между Сторонами договоренностями Клиника берет на себя обязательства по проведению стоматологических процедур согласно плану лечения Пациента, который в свою очередь обязуется оплатить оказанные Клиникой услуги в порядке и на условиях, предусмотренных положениями настоящего Соглашения. Также внести предоплату за данные услуги на закупку, подготовку материалов по проведению лечения.

1.2. Оплата за процедуры начисляется, согласно действующего прейскуранта цен в Клинике, а также индивидуального плана лечения и составляет \_\_\_\_\_ в общей сумме \_\_\_\_\_ тенге.

Из этой суммы предоплата составляет \_\_\_\_\_ тенге.  
Остаток суммы составляет \_\_\_\_\_ тенге.

**2. Права и обязанности Сторон.****2.1. Клиника обязуется:**

2.1.1. Оказать стоматологические услуги, предусмотренные в п.1.1. настоящего Договора в соответствии с нормами и правилами, установленными Клиникой;

2.1.2. Учитывая отсутствие у Пациента специальных знаний, разъяснить ему особенности, свойства, эстетический вид, возможные осложнения, связанные с проведением стоматологических услуг;

2.1.3. Нести ответственность за качество выполненных услуг, а также ответственность за качество используемых в процессе проведения операции материалов, оборудования и инструментов.

2.1.4. В случае отказа Пациента от продолжения лечения Клиника обязуется вернуть сумму предоплаты в размере 30% от первоначальной суммы предоплаты.

2.1.5. После получения полной суммы предоплаты Клиника обязана утвердить с Пациентом сроки проведения стоматологических услуг, за которые была получена предоплата.

**2.2. Клиника имеет право:**

2.2.1. На своевременную доплату после проведения процедур и порядке и на условиях Договора;

2.2.2. В случае, если Пациентом в определенные сторонами сроки, не произведены необходимые расчеты с Клиникой, последняя, вправе не приступать к проведению процедур до полного расчета между Сторонами.

2.2.3. На досрочное прекращение лечения и расторжения Договора в случае невыполнения врачебных предписаний, при этом Клиника не несет ответственности за результат лечения;

**2.3. Пациент обязуется:**

2.3.1. При обращении в Клинику до начала проведения процедур предоставить всю достоверную информацию о состоянии своего здоровья;

2.3.2. В течение всего периода лечения неотступно и неукоснительно соблюдать все наставления, полученные от Клиники;

2.3.3. После проведения лечения, обязуется являться в указанные Клиникой сроки на необходимые осмотры и коррекции. В случае неявки Пациента в согласованные сторонами сроки с Клиники снимается ответственность за возникновение обстоятельств наступивших в результате неявки Пациента.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Вправе ознакомиться с официальной информацией;

2.4.2. На проведение качественного и квалифицированного лечения на условиях данного Договора;

3. Порядок расчетов

3.2. В соответствии с достигнутыми договоренностями, Пациент оплачивает услуги Клиники в два этапа: предоплата и остаток суммы в соответствии с пунктом 1.2.

**Dental Experts**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

(Удаление)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем восстановления (пломбирования);

- \_\_\_\_\_

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения, \_\_\_\_\_

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма: \_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- воспаления пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу или покрыть зуб коронкой;

---

---

---

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок;

- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

---

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

**Dental Expert's**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В КЛИНИКЕ**

От \_\_\_\_\_ г.

Номер договора: -\_\_

ТОО «Dental Expert's» в лице Директора Пузанкова Константина Юрьевича, действующего на основании Устава, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности (№ **16015204, 2016-09-30**), в дальнейшем именуемое «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_ именуемая в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Диагноз:** \_\_\_\_\_

1. Предмет договора.

ЗАКАЗЧИК поручает и оплачивает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить **стоматологические услуги, оказываемые в медицинских организациях, расположенных на территории Республики Казахстан (протезирование зубов, имплантация)** непосредственно Заказчику. Лицо, которому оказывается стоматологическая помощь, именуется «ПАЦИЕНТ».

Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями к стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

Права и обязанности Сторон и условия их реализации.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

- 2.1.1. Качественно оказывать стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте Пациента, с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки.
- 2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг.
- 2.1.3. Предоставить пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.
- 2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к изменению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте Пациента.
- 2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также соблюдать врачебную тайну.
- 2.1.6. Исполнитель гарантирует предоставление качественного медицинского лечения.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

- 2.2.1. Самостоятельно, исходя из медицинских показаний, решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для планирования и осуществления лечения ПАЦИЕНТА. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни ПАЦИЕНТА, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
- 2.2.2. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения законным представителям несовершеннолетнего ПАЦИЕНТА, а также ЗАКАЗЧИКУ, в случае если ПАЦИЕНТ и ЗАКАЗЧИК разные лица.
- 2.2.3. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.
- 2.2.4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план или(и) сроки лечения, а в случае несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть настоящий договор.
- 2.2.5. Требовать у ПАЦИЕНТА получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.
- 2.2.6. Отказать в приеме (или переназначить) ПАЦИЕНТА (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:
  - состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения ПАЦИЕНТА;
  - если действия ПАЦИЕНТА угрожают жизни и здоровью персонала;
  - требования услуг ПАЦИЕНТОМ или ЗАКАЗЧИКОМ, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте;
  - опоздания ПАЦИЕНТА на прием более 25 минут от назначенного времени;
  - по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.

- 2.3.1. Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.
- 2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.
- 2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить ИСПОЛНИТЕЛЯ о невозможности явки на прием.
- 2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.
- 2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.
- 2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы.

2.3.7. Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого ПАЦИЕНТА без гарантии качества со стороны врача.

2.3.10. Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство.

2.3.11. Ознакомиться с положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги.

2.3.12. Хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон (СЕРТИФИКАТ), в случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к ИСПОЛНИТЕЛЮ, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.4. Права ПАЦИЕНТА.

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими ПАЦИЕНТАМИ.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.3. Требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предъявления лицензий, преискуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).

2.5. Права ЗАКАЗЧИКА

2.5.1. В случае, если ЗАКАЗЧИК и ПАЦИЕНТ разные лица, ЗАКАЗЧИК имеет право получать информацию о ходе лечения ПАЦИЕНТА, сведения о методах лечения и препаратах

2.6. Обязанности ЗАКАЗЧИКА.

2.6.1. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с действующим преискурантом.

2.6.2. Предварительно выплатить стоимость консультативного заключения о необходимом объеме стоматологического лечения и его стоимости.

3. Цена договора и порядок расчетов.

3.1. Преискурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. **Цена оказываемых услуг составляет \_\_\_\_\_** и определяется по преискуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в преискуранте. **Оплата будет производиться за счёт средств ЕПВ.**

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ЗАКАЗЧИКУ преискурант для ознакомления до подписания договора.

3.3. Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по преискуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в преискуранте.

3.4. При применении ортопедического лечения, ПАЦИЕНТ оплачивает в кассу задаток в размере 50% от стоимости протезирования, сразу после снятия оттисков.

3.5. Остаточную сумму Пациент обязан внести не позднее дня приема работы ИСПОЛНИТЕЛЯ, до окончательной фиксации работы в полости рта ПАЦИЕНТА.

3.6. При нарушении п.2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать пациенту в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.

3.7. В случае, если ЗАКАЗЧИК оплачивает оказанные услуги по безналичному расчету, услуги оплачиваются в течение 3 (Трех) банковских дней с момента выставления счета ИСПОЛНИТЕЛЕМ в полном объеме. Стоимость ортопедического лечения оплачивается следующим образом: 50% – предплата, 50% – в течение 3 (трех) банковских дней – на основании выставляемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ счетов.

4. Срок действия договора.

4.1.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РК или настоящим договором.

5. Прекращение и расторжение договора.

5.1.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ. При этом ЗАКАЗЧИК делает отметку в медицинской карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

5.2.1. ЗАКАЗЧИК имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по преискуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.

5.2.2. Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендаций медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносителен одностороннему расторжению договора.

5.2.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РК и применимым для данного вида договоров.

5.2.4. Неоплата услуги (или ее части, отраженной в преискуранте) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора ЗАКАЗЧИКОМ.

5.2.5. Возобновление расторгнутого договора не производится.

6. Прочие условия договора.

6.1.1. ПАЦИЕНТ согласен на возможное использование ИСПОЛНИТЕЛЕМ или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении ПАЦИЕНТ, в том числе – слайдов, фотографий, моделей и т.д., для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и т.д., при условии неуказания ФИО и без четкого фото лица Пациента.

6.2.1. Лица или круг лиц, с которыми необходимо связаться в случае сильного ухудшения состояния ПАЦИЕНТА, потери сознания и т.п.:

ФИО \_\_\_\_\_ тел \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_ тел \_\_\_\_\_

6.2.2. \_\_\_\_\_ Услуги по \_\_\_\_\_ настоящему договору оказываются ПАЦИЕНТУ:

7. Дополнительные условия

7.1.1. ПАЦИЕНТ должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны ПАЦИЕНТА.

7.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ЗАКАЗЧИКУ гарантию на все виды работ, за исключением работ по следующим разделам стоматологии: хирургические стоматологические операции, зубная имплантация, парадонтология (лечение тканей вокруг зуба), отбеливание зубов, ортодонтия (исправление неправильного положения зубов).

7.1.3. Гарантийные сроки устанавливаются ИСПОЛНИТЕЛЕМ с учетом индивидуальных особенностей лечения ПАЦИЕНТА.

7.1.4. Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.

7.1.5. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.1.6. По письменному заявлению ЗАКАЗЧИКА ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет копию медицинской документации или выписку о проведенном лечении.

7.1.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ может по своему усмотрению устанавливать скидки на услуги. Размер скидок устанавливается ИСПОЛНИТЕЛЕМ самостоятельно. При установлении скидки отметка в медицинской карте ПАЦИЕНТА и (или) в наряде

8. Ответственность сторон.

8.1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

8.1.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение в рамках законодательства РК.

8.1.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ЗАКАЗЧИКОМ / ПАЦИЕНТОМ в случае:

– возникновения у ПАЦИЕНТА в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением ИСПОЛНИТЕЛЕМ лечебных технологий: рецидивов периодонтитов, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и другое;

– осложнений по причине неявки ПАЦИЕНТА в указанный срок;

-возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии;

-переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим ПАЦИЕНТОМ.

8.1.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

9. Разрешение споров.

9.1.1. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

9.1.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Республики Казахстан

---

**Dental Expert's**

---

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТ**

Композитные виниры

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

**Я,** \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_

В исключительных случаях фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз : \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план терапевтического лечения и подготовки к нему.

2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно

2.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: скалывание композитных виниров (при недостаточном уходе, не соблюдении рекомендации врача, употреблении твердой пищи );ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. В связи с внесенными изменениями, в ход врачебной работы пациентом срок гарантийной починки действует.

Я проинформировано о том, что полная стоимость услуги «Виниринг» является не возвратной.

Я проинформирована о том, что любая коррекция полученной мною услуги «Виниринг» является платной.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок;

- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомилась с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

**Dental Expert's**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
Лечение кариеса**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем восстановления (пломбирования);

- \_\_\_\_\_

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения, \_\_\_\_\_

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма: \_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- воспаления пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу или покрыть зуб коронкой;

---

---

---

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок;
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_
- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач, \_\_\_\_\_, исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

**2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:**

2.1.

Диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.)

2.5 Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.6. Возможные альтернативные варианты, а именно:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.8. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);

воспаление десны (кровоточивость, отёчность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;

- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций;  
- вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;

- невозможность перемещения зуба - вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;

- усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;

- рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;

- нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;

- поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт - вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.)

- частичная или полная потеря достигнутого результата - вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременное обращение к врачу при поломке аппарата.

---

---

---

---

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**4. Мне названы и со мной согласованы:**

- методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

**5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **об условиях ортодонтического лечения** и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

# Договор на проведение операции по дентальной имплантации зубов

г.Алматы

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_ г.

**Товарищество с ограниченной ответственностью «Dental Expert's»** в лице Дауылбаева Хасана Кайратовича, действующего на основании Устава, а также в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности (№16015204 от 30.09.2016г.) далее именуемое «Клиника», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), ИИН \_\_\_\_\_, действующая на основании удостоверения личности № \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. г., проживающий(ая) по адресу : РК, г.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ далее именуемый(ая) «Пациент», совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1.Предмет Договора

1.1. В соответствии с достигнутыми между Сторонами договоренностями Клиника берет на себя обязательства по проведению операции по установке импланта(тов) Название: \_\_\_\_\_ в количестве \_\_\_\_ штук, а также до и после операционные наблюдения Пациента, который в свою очередь обязуется оплатить оказанные Клиникой услуги в порядке и в соответствии с условиями Договора.

## 2.Права и обязанности Сторон

### 2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. Провести Операцию, предусмотренную п.1.1. настоящего Договора в соответствии с нормами и правилами, установленными Клиникой;

2.1.2. Учитывая отсутствие у Пациента специальных знаний, разъяснить ему особенности, свойства, эстетический вид, возможные осложнения, связанные с проведением операции по имплантации.

2.1.3. Нести ответственность за качество проведенной Операции, а также ответственность за качество используемых в процессе проведения операции материалов, оборудования и инструментов.

2.1.4. Проинформировать Пациента о правилах гигиены полости рта после проведения Операции по имплантации.

2.1.5. Проинформировать Пациента о том, что после проведения Операции могут возникнуть различные неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком проведенных Работ, так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и процесса восстановления зубочелюстной системы.

-неукоснительного соблюдения всех предписаний Клиники, гарантия не распространяется на случаи механического или травматического повреждения в челюстно-лицевой области;

-регулярного профилактического осмотра (не реже одного раза в шесть месяцев) в клинике. Послеоперационные наблюдения входят в стоимость Договора.

-протезирование на имплантатах которые установила Клиника, проводится только специалистами Клиники, иначе клиника не несёт ответственности за чужую работу.

2.1.7. В случае отказа (письменного) пациента от переустановки отторгнувшегося имплантата и других хирургических вмешательств, сумма возвращается в размере 50% от первоначальной суммы проведения хирургической операции.

### 2.2. Клиника имеет право:

2.2.1. На полную и своевременную оплату своих услуг за проведение Операции и порядке и на условиях настоящего Договора;

2.2.2. В случае, если Пациентом в определенные сторонами сроки, не произведены необходимые расчеты с Клиникой, последняя, вправе не приступать к проведению Операции до полного расчета между Сторонами.

2.2.3. На досрочное прекращение лечения и расторжения Договора в случае невыполнения врачебных предписаний, при этом Клиника не несет ответственности за результат лечения;

### 2.3. Пациент обязуется:

2.3.2. В течение всего периода Операции неотступно и безукоснительно соблюдать все наставления, полученные от Клиники;

2.3.3. При появлении побочных эффектов от лекарственных препаратов предписанных Клиникой незамедлительно прекратить прием последних и обратиться в Клинику;

2.3.4. Оплатить в полном объеме оказанные Клиникой услуги, в порядке и на условиях предусмотренных настоящим Договором;

2.3.5. После проведения операции, обязуется являться в указанные «Клиникой» сроки на необходимые послеоперационные осмотры. В случае неявки «Пациента» в согласованные сторонами сроки с «Клиники» снимается ответственность за возникновение обстоятельств наступивших в результате неявки «Пациента».

## **2.4. Пациент имеет право:**

- 2.4.1. Вправе ознакомиться с официальной информацией;
- 2.4.2. На проведение качественной и квалифицированной Операции на условиях данного Договора;
- 2.4.3. На прекращение Операции по данному Договору на любом этапе, предварительно письменно уведомив об этом Клинику.

## **3. Порядок расчетов**

- 3.1. За операцию начисляется, согласно действующего прейскуранта и составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ Сумма прописью \_\_\_\_\_) тенге,
- 3.2. В соответствии с достигнутыми договоренностями, Пациент оплачивает услуги Клиники в день проведения операции.  
-Клиника вправе не приступать к проведению Работ до полного расчета между сторонами.
- 3.3. В случае, если Пациент отказывается от проведения Операции, Пациенту возвращается сумма оплаты, за вычетом сумм, потраченных клиникой на закупку, подготовку и использованные материалы по проведению Операции;
- 3.4. Цена настоящего согласия не включает оплату за проведение сопутствующего терапевтического или ортопедического лечения, а также расходных материалов, используемых при операции по имплантации, стоимость которых, в случае необходимости, оплачивается отдельно.

## **4. Срок действия Договора и порядок его изменения и расторжения**

- 4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения взятых на себя по настоящему Договору обязательств.
- 4.2. В случае необходимости изменение условий Договора возможно только путем составления в письменной форме дополнительного соглашения Сторон, которое будет являться неотъемлемой его частью.
- 4.3. Пациент имеет право расторгнуть настоящий Договор в любое время до начала операции по имплантации и обратиться в другую клинику по своему усмотрению, соблюдая при этом выполнение условий предусмотренных п.3.3.

## **5. Ответственность сторон**

- 5.1 Клиника не несет ответственности за исход Операции в следующих случаях:
  - 5.1.1. Сокрытие Пациентом сведений, предусмотренных Приложением №1, повлекших негативные последствия для здоровья Пациента, наступившие в результате такого сокрытия;
  - 5.1.2 Если по собственной инициативе Пациент в процессе подготовки или после проведения Операции обратился к врачу другой клиники;
  - 5.1.3. Пациент не выполняет все наставления безукоснительно, полученные от Клиники относительно операции;
- 5.2. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента (П.2.4.3 и 4.3), Клиника не несет ответственности за окончательный результат лечения Пациента.
- 5.3. В случае несоблюдения пациентом достигнутых договоренностей о порядке и сроках взаиморасчетов между Сторонами, последний обязуется оплатить Клинике пеню в размере 1% от общей суммы образовавшейся задолженности за каждый день просрочки, начиная со дня следующего за днем, когда расчеты между Сторонами должны были быть завершены в соответствии с условиями настоящего Договора, но не более 10% от общей суммы Договора.

## **6. Разрешение споров**

- 6.1 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора по возможности должны решаться путем переговоров. При недостижении соглашения споры и разногласия подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, по месту нахождения Помещения, язык судопроизводства - русский.
- 6.2. Во всем ином, не предусмотренном Договором, Стороны руководствуются законодательством Республики Казахстан.

## **7. Заключительные положения**

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания. После подписания настоящего Договора, все предварительные устные и письменные договоренности и положения теряют силу.
- 7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу при условии, если они составлены в письменном виде, и подписаны лично либо уполномоченными представителями Сторон.
- 7.3. Настоящий Договор действует до полного исполнения принятых на себя Сторонами обязательств. Договор составлен в аутентичных экземплярах, вручен каждой из Сторон.



# План лечения **Dental Experts**

ДАТА «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ФИО Пациента:** \_\_\_\_\_

**Полноценный анамнез:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Жалобы:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Данные осмотра:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### Профессиональная гигиена полости рта

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический/врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3. Возможные альтернативные варианты.

2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
- после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

3. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом - стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

4. Мне названы и со мной обговорены:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- сроки проведения процедур;
- стоимость процедур.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:

- консультация стоматолога (ов) иного профиля:

\_\_\_\_\_



# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

## на проведение хирургического лечения

(открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое хирургическое вмешательство)

Я \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство (аугментацию костной ткани, открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое вмешательство):

\_\_\_\_\_) пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог

(ФИО врача) \_\_\_\_\_ и другие врачи Исполнителя. В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

### **1. Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения:**

Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объём и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей моего организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

### **Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;**

под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции.

После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность.

Мне понятно, что не смотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость \_\_\_\_\_ необходимость \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ проведении \_\_\_\_\_ дополнительной \_\_\_\_\_ операции

### **2. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:**

Принимать назначенные лекарственные средства.

Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.

Не принимать алкоголя и наркотических средств.

Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом.

**Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.**

**Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

- Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РК.
- Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).
- Клиника не несет ответственности за результат операции и снимает гарантии в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).
- При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту. Во всех остальных случаях пациент оплачивает только стоимость материалов.

**Мне названы и со мной согласованы:**

Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.

Сроки проведения лечения. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

**Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

-ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

-консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

-точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

-последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.*

**Вариант 1.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, либо законного представителя) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

## Dental Experts

---

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

#### Ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

#### **2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:**

2.1.

Диагноз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.)

2.5 Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.6. Возможные альтернативные варианты, а именно:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
  - воспаление десны (кровоточивость, отёчность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
  - избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций;
  - вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
  - невозможность перемещения зуба - вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
  - усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
  - рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
  - нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;
  - поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт - вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.)
  - частичная или полная потеря достигнутого результата - вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременное обращение к врачу при поломке аппарата.
- 
- 
- 

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**4. Мне названы и со мной согласованы:**

- методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

**5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **об условиях ортодонтического лечения** и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

---

**Dental Experts**

---

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Пародонтологическое лечение  
(лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1.

Диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план пародонтологического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.6. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря (зубов); системные проявления заболевания

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

2.8 Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); обнажение корня зуба; появление промежутков между зубами; возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям;

---

---

---

---

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок;
  - консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_
  - консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_
- 
- 

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

---

## Dental Experts

---

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

#### Эндодонтическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.  
В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1

Диагноз: \_\_\_\_\_

—

---

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения.

2.6. Возможные негативные последствия в случае или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; \_\_\_\_\_ нарушения \_\_\_\_\_ общего \_\_\_\_\_ состояния организма; \_\_\_\_\_

---

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние вместе укола; снижение внимания; аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков, а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;

- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;

2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба (ов) успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
- с искривлением корневых каналов.

2.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):

- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза;
- перлом зуба, что может привести к его удалению.

2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантомограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок;
  - консультация стоматолога (ов) иного профиля:
- 
- консультация врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.