

## 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	ТОО "DENTAL EXPERTS"
БИН	181240003495
Банковские реквизиты	Банк: АО "Kaspi Bank" КБе: 17 БИК: CASPKZKA Номер счёта: KZ41722S000003354431
Юридический адрес	Казахстан, Алматы, улица Сатпаева, дом 11
Телефон и эл. адрес	+77086765123
Генеральный директор	Пузанков Константин Юрьевич

## **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 плана 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): прогрессирующее 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 потребуется: 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, прејскуранта, 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 прејскурантом.
- 2.6.2. Предварительно выплатить стоимость консультативного заключения о необходимом объеме стоматологического лечения и его стоимости.
3. Цена договора и порядок расчетов.
- 3.1. Прејскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. **Цена оказываемых услуг составляет \_\_\_\_\_ и определяется по прејскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прејскуранте. Оплата будет производиться за счёт средств ЕПВ.**
- 3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ЗАКАЗЧИКУ прејскурант для ознакомления до подписания договора.
- 3.3. Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по прејскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прејскуранте.
- 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% – предоплата, 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 прејскуранту 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 равносильно 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 прејскуранте) 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 ПАЦИЕНТА, 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 не указания 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): прогрессирующее 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 потребуется: 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.*

**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.**

## «Dental Expert's»

### 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. Соккрытие 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:** \_\_\_\_\_

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



**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**

**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:

---

---

---

---

---

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля:

---

---

---

---

---

Мною были заданы гигиенисту/врачу 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.

## 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):

- ортопантомограмма, 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.