

г. Нижневартовск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью Лечебно-диагностический центр «ДентАрт», действующее на основании лицензии ЛО-86-01-001894 от 17 сентября 2014 г. (выдана службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения ХМАО-Югры) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Елизарова Владлена Вячеславовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гр. \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Термины и определения, используемые в настоящем договоре

1.1. "платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

1.2. «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

1.3. "исполнитель" - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

### 2. Предмет договора

2.1. Исполнитель обязуется осуществить лечение Заказчика с использованием дентальных имплантатов, а Заказчик обязуется оплатить проведенное лечение и соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения, так и последующих профилактических мероприятий.

### 3. Порядок расчетов

3.1. Оплата услуги осуществляется перед выполнением хирургической операции дентальной имплантации.

3.2. Стоимость имплантатов составляет \_\_\_\_\_

3.3. Протезирование оплачивается отдельно.

3.4. Оплата производится либо путем внесения всей суммы, либо путем внесения первоначального задатка в виде денежных средств в кассу Исполнителя в размере 50% от суммы. Внесено \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ подпись

3.5. Остаток суммы оплачивается равными частями ежемесячно в течении 3-6 месяцев

№п/п	Дата оплаты	Сумма платежа	Оплачено

3.6. Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в срок до \_\_\_\_\_ согласно графика платежей.

3.7. По статистике 3-4% имплантатов отторгается. В случае отторжения имплантата(ов) оплаченная сумма за услуги имплантации не возвращается.

### 4. Исполнитель обязан:

\*Проинформировать Заказчика о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства;

\*Проинформировать Заказчика о возможных осложнениях стоматологической имплантации, как в реабилитационный период, так и в последующее время;

\*Проинформировать Заказчика о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты;

\*В случае возникновения осложнений, приведших к удалению имплантата, провести повторную операцию бесплатно, либо возратить Заказчику номинальную стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости расходных материалов, медикаментов.

\*Исполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и объективным состоянием здоровья Потребителя на момент оказания медицинской услуги.

\*Ознакомить Потребителя под подпись с «Информированным согласием» (Приложение), которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

### 5. Заказчик обязан:

\*Совместно с представителем Исполнителя заполнить Анкету о состоянии здоровья;

\*Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, указанной в Анкете о состоянии здоровья;

\*Получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя;

\*Надлежащим образом и своевременно выполнять все врачебные рекомендации;

\*Посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров;

\*Предупредить Исполнителя по телефону 8(3466) 41-93-93 о невозможности явки на прием не менее чем за 1 сутки;

\*В случае выявления каких-либо недостатков, связанных с имплантацией, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу Исполнителя, не прибегая к помощи других лечебных мероприятий;

\*Получить у Исполнителя Рекомендации и строго выполнять все указанные предписания.

\*Являться на прием в установленное время.

\*Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже одного раза в шесть месяцев.

\*Производить оплату медицинских услуг в соответствии с выписанным счетом по расценкам прейскуранта, с которым Потребитель знакомится перед проведением лечения.

### Настоящим Заказчик подтверждает:

\*что он надлежащим образом уведомлен обо всех существенных обстоятельствах проводимого лечения и его возможных последствиях, в том числе:

- \*о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства;
- \*об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации, а также о том, что успех применяемого метода составляет не менее 96%
- \*о том, что Заказчику известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов.
- \*о том, что предлагаемое Заказчику лечебное мероприятие проводится под местной анестезией;
- \*о том, что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния мягких тканей и кости, в результате чего может измениться стоимость стоматологической услуги;
- \*о возможных осложнениях во время и после операции:

- ✓ переломе кортикальной пластины;
- ✓ перфорации дна верхнее- челюстной пазухи при непосредственной близости ее к операционному полю;
- ✓ перфорации нижнее- челюстного канала, сопровождающейся парестезией (онемение) языка, губы, подбородка;
- ✓ повышение температуры тела после операции;
- ✓ возможность болевых ощущений в операционной области;
- ✓ кровотечение
- ✓ послеоперационная гематома, отек.

- \*о том, что операционный период строго индивидуален по длительности и характеру течения.
- \*Исполнитель не несет ответственности при возникновении медицинских и иных осложнений по вине заказчика, в том что из-за: несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, а также из-за неявок Заказчика на взаимосогласованные приемы
- \*кроме того, Заказчик выражает свое согласие на то, что тип ортопедической конструкции на имплантатах определяется Исполнителем.

## 6. Ответственность сторон

6.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Потребителя на момент обращения.
- за использование одобренных и сертифицированных препаратов, медикаментов, материалов, систем имплантов.
- за соблюдение правил асептики и антисептики во время операции.

6.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Потребителя (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонения в состоянии здоровья, не своевременно является на прием)
- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;
- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Карте общего состояния здоровья;
- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Потребителя;
- если Потребитель не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

6.3. Потребитель несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

## 7. Гарантийные обязательства

7.1. При наступлении гарантийного случая (отторжения имплантата) Исполнитель обязуется провести повторную операцию (в течении первого года - бесплатно).

## 8. Порядок разрешения споров

8.1. Все споры, разногласия или претензии, возникающие или касающиеся настоящего Договора решаются путем переговоров, а при не достижении согласия подлежат рассмотрению в судебном порядке, согласно процессуальному законодательству.

## 9. Дополнительные условия

9.1. Для безопасности и эффективности стоматологического лечения Потребителя на приеме у врача обязан заполнить Медицинскую карту стоматологического больного. Медицинская карта стоматологического больного заполняется в одном экземпляре и находится на хранении у Исполнителя.

9.2. Потребитель обязан сообщить обо всех изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении лечащего врача.

9.3. Все последствия медицинской услуги, оказанной в соответствии с показаниями об объеме, адекватном состоянию Потребителя на момент обращения, при качественном ее исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.

## 10. Срок действия Договора

10.1. Договор вступает в силу с момента его подписания. После подписания настоящего Договора его действия распространяются на все случаи обращения Потребителя к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг.

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

10.3. Срок оказания платных стоматологических услуг по Договору определяется с даты подписания настоящего договора сторонами до оказания услуги в полном объеме.

10.4. Условия договора могут быть изменены сторонами путем заключения дополнительного соглашения.

10.5. Договор может быть расторгнут исключительно по основаниям предусмотренным ГК РФ и Законом «О защите прав потребителей».

10.6. Неотъемлемой частью договора является: Приложение № 1 - Информированное добровольное согласие.

## 11. Реквизиты и подписи сторон

ООО ЛДЦ «ДентАрт»  
 Место нахождения: 628624, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, город Нижневартовск  
 улица Героев Самотлора 19  
 р/с 40702810362530140555  
 ОГРН 1148603000810  
 БИК 046577795  
 телефон для связи 8 (3466) 41-93-93  
 Представитель \_\_\_\_\_ В.В. Елизаров

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

Подпись

Расшифровка

**ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Пол: Муж. \_\_\_\_\_ ЖЕН. \_\_\_\_\_ ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_ ВЕС \_\_\_\_\_  
ТЕЛ. \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_

Пожалуйста, отметьте из перечисленного то, чем страдаете:

- Опухолевые заболевания(были, есть) \_\_\_\_\_
- Болезни сердца или инфаркт \_\_\_\_\_
- Неврологические состояния \_\_\_\_\_
- Желудочно-кишечные заболевания \_\_\_\_\_
- Испытывали ли Вы воздействия ионизирующего излучения \_\_\_\_\_
- Были ли у Вас оперативные вмешательства в области головы и шеи \_\_\_\_\_
- Высокое кровяное давление \_\_\_\_\_
- Болезни печени \_\_\_\_\_
- Туберкулез \_\_\_\_\_
- Диабет \_\_\_\_\_
- Ревматизм \_\_\_\_\_
- Болезни почек \_\_\_\_\_
- Болезни легких \_\_\_\_\_
- Эпилепсия \_\_\_\_\_
- Гепатит \_\_\_\_\_
- Курение \_\_\_\_\_
- СПИД \_\_\_\_\_
- ВИЧ \_\_\_\_\_
- Перечислите все принимаемые Вами в настоящее время лекарства \_\_\_\_\_

---

Аллергическая реакция (если есть, укажите на что) \_\_\_\_\_  
Другие заболевания или проблемы, которые могут заинтересовать врача \_\_\_\_\_

---

## Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства имплантации

г.Нижневартовск

«    »

20

г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

обращаюсь в Общество с ограниченной ответственностью Лечебно-диагностический центр «ДентАрт» для проведения мне операции стоматологической имплантации

Я получил (а) подробное объяснение по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время хирургической операции и в послеоперационном периоде:

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения должен быть проведен в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантатов в костной ткани.

Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием и премедикацией, что во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты), что операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием лицензированных стоматологических имплантатов и мой доктор использует все свои знания и опыт для обеспечения успеха имплантации.

После операции через определенный период времени, необходимый для приживления имплантатов, мне будет изготовлен зубной протез. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза.

Я информирован(а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

Я информирован(а), что нет стопроцентной гарантии приживления имплантата и в случае удаления имплантата мне может быть проведена повторная операция (в течение первого года – бесплатно).

Я информирован(а), что курение, прием алкоголя и несоблюдение рекомендаций врача может существенно ухудшить результат операции.

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время и после операции, а также о том, что в послеоперационном периоде мне необходимо принимать лекарственные препараты, прописанные врачом.

Я полностью ознакомлен(а), с каким риском и осложнениями связано каждое хирургическое вмешательство, анестезия или применение дополнительных медикаментов.

Я также проинформирован(а) о том, что существует возможность аллергических реакций на анестетики и другие медикаменты.

Я проинформирован(а) о возможных побочных эффектах, таких, как:

- припухлость, боль в зоне операции и окружающих мягких тканей;
- нарушение чувствительности кожи губ, подбородка и слизистой оболочки полости рта или зубов (в исключительных случаях - необратимое);
- перфорации дна верхнечелюстной пазухи, что может привести к кровоточивости из носа.
- повышение температуры тела, общее недомогание;

Точную продолжительность этих побочных эффектов невозможно предусмотреть, но обычно она составляет 3-4 дня.

Я осознаю, что обязан(а) незамедлительно сообщить моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Я также ознакомлен(а) с тем, не все стоматологи могут проводить операции по имплантации и имеют опыт проведения таких операций. Я знаю, что я могу получить помощь и консультацию по вопросам имплантации только у компетентных и дипломированных стоматологов.

Я информирован(а) о том, что в случае несоблюдения предписаний и режима явок, повлекших за собой возникновение осложнений, то деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты), возврату не подлежат.

Я информирован(а) о сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте приживления.

Я полностью информировал(а) врача о наличии у меня аллергических реакций и соматических заболеваний и даю согласие на проведение дополнительного обследования.

Я обещаю в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой и не управлять автомобилем.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения.

Я согласен (на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции.

Я ознакомлен (на) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я понимаю, что подписанное мною информационное согласие является юридическим документом.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента/ подпись)

«    » \_\_\_\_\_ 201 г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача/ подпись)

«    » \_\_\_\_\_ 201 г.

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН:

### Исполнитель обязан:

- Проинформировать пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации, как в реабилитационный период, так и в последующее время.
- Проинформировать пациента о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях пользования протезами с опорой на имплантаты.
- Проводить осмотры пациента в послеоперационный период.
- В случае неудачной имплантации в течении первого года со дня операции по желанию пациента операция имплантации либо повторяется бесплатно, либо ему возвращается номинальная стоимость медицинской услуги за вычетом расходных материалов, медикаментов.

### Пациент обязан:

- Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, представленной в карте.
- Выполнять все врачебные рекомендации.
- Посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков.
- В случае выявления каких-либо недостатков, связанной с имплантацией незамедлительно обратится к оперирующему врачу, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.
- Получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией только у исполнителя:

### Особые условия:

- При возникновении медицинских осложнений по вине пациента из-за несоблюдения гигиенических мероприятий, неявок пациента на взаимосогласованные приемы исполнитель не несет финансовой ответственности;
- Конструкция зубного протеза определяется Исполнителем. Если пациент настаивает на конструкции или особенностях, которые по мед. показаниям не допустимы, договор расторгается, и пациент несет финансовые расходы по проведенному лечению.

Я осведомлен (а) о том, что предлагаемое мне лечебное мероприятие проводится под местной анестезией. Я информирован (а) также о способе, цели и характере, предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что по обстоятельствам только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказ от запланированного лечебного мероприятия.

Я не возражаю (возражаю), если во время процедур будет осуществляться фото- и видеомакросъемка для медицинских целей.  
Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение зубной имплантации.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_