

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг по дентальной имплантации

г. Москва

«_____» _____ 20____ г.

ООО Фирма «ВЭНСТОМ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора **Чертыковцева Владимира Николаевича**, действующего на основании Устава, Лицензии ЛО-77-01-007588 от 04 февраля 2014 г., выданной на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги по дентальной имплантации «Пациенту», а «Пациент» обязуется оплатить проведенное лечение и соблюдать все требования «Исполнителя», касающиеся как процедуры лечения, так и последующих профилактических мероприятий.

2. Обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществить в оговоренное время собеседование и осмотр «Пациента» для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.

2.1.2. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.

2.1.3. Ознакомить «Пациента» с вариантами лечения, имплантации и прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план лечения.

2.1.4. Поставить в известность «Пациента» о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отражать в амбулаторной карте.

2.1.5. Ознакомить «Пациента» о возможных осложнениях при имплантации, как в реабилитационный период так и в последующее время.

2.1.6. Проинформировать «Пациента» необходимой о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании протезами с опорой на имплантаты.

2.1.7. Проводить осмотры «Пациента» в реабилитационный период (1год).

2.1.8. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.9. Провести качественное ортопедическое лечение «Пациента» с использованием утвержденных МЗ РФ стоматологических имплантатов.

2.1.10. Ознакомить «Пациента» под подпись с «Формуляром мотивированного согласия пациента на дентальную имплантацию» (Приложение № 1 к Договору), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.11. В случае предъявления претензий к качеству обслуживания, а именно неудачной имплантацией по вине «Исполнителя» в течение 1 года, по желанию пациента операция повторяется бесплатно, либо ему возвращается номинальная стоимость медицинской услуги, за вычетом стоимости расходных материалов и медикаментов.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, представленной в карте опроса и формуляре согласия на стоматологическую имплантацию.

2.3.2. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.3. Выполнять все врачебные рекомендации по гигиене полости рта и профилактического ухода за имплантатом и зубным протезом.

2.3.4. Производить оплату медицинских услуг в соответствии с выписанным счетом по расценкам прейскуранта, с которым «Заказчик» знакомится перед проведением лечения.

2.3.5. Получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у «Исполнителя».

2.3.6. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе пользования протезами, включающими имплантат, незамедлительно обратиться к «исполнителю», не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.3.7. Посещать врача-стоматолога для контрольных и профилактических осмотров в период реабилитации (1 год) во взаимосогласованное время не допуская пропусков.

3. Стоимость работ и порядок расчетов.

3.1. За выполнение комплексной программы стоматологического лечения с применением имплантатов «Пациент» производит оплату за фактический выполненный объем медицинских услуг по прейскуранту действующему на момент оказания услуг.

3.2. В случае непредвиденного отказа от операции «Исполнитель» возвращает «Пациенту» уплаченную сумму, за вычетом консультативно-диагностических услуг.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Заказчика на момент обращения.

4.2 Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновении медицинских и иных осложнений по вине «Пациента», в том числе из-за: несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, а также из-за неявок «Пациента» на взаимосогласованные приемы.

- 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 Пациента;

- если Пациент не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

4.3. Пациент несет ответственность

- за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

6. Дополнительные условия

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

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

6.3. Кроме того, «Пациент» выражает свое согласие на то, что тип ортопедической конструкции на имплантах определяется «Исполнителем». Если «Пациент» настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор может быть расторгнут «Исполнителем» в одностороннем внесудебном порядке с отнесением на «Пациента» всех финансовых расходов по проведенному лечению.

7. Срок действия Договора

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

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

8. В целях надлежащего исполнения предписаний и рекомендаций врача «Исполнителя» «Пациенту» в момент подписания договора выдается «Памятка пациенту» (Приложение №3 к настоящему Договору).

Подписи сторон:

Исполнитель:	Пациент:
Генеральный директор Чертыковцев В.Н. _____	_____
подпись	Ф.И.О. _____
Имплантолог _____	_____
Ф.И.О. _____	подпись
_____	_____
_____	_____

**ИНФОРМАТИВНОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПЦИЕНТА
НА ДЕНТАЛЬНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ**

Пациент (ФИ.О) _____

Я осведомлен о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно производиться под местной анестезией. Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках 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 отказе от запланированного лечебного мероприятия. Особые проблемы, имеющиеся у меня, оговорены, в частности,

В дальнейшем, после успешной дентальной имплантации, особо будут оговорены вид, время и стоимость последующего ортопедического (зубопротезного) лечения.

Расчет за планируемое лечение и возникшее в процессе донного мероприятия издержки будут произведены путем оплаты непосредственно пациентом нужное подчеркнуть. Я осведомлен об ожидаемых расходах.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение дентальной имплантации.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения, я также согласен с необходимыми расширениями в процессе операции.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед дентальной имплантацией» назвал все известные мне болезни и недуги.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, что после операции необходима щадящая мягкая диета, и что для успеха имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры и тщательная гигиена полости рта (уход с помощью зубной щетки и других средств гигиены за зубами, зубными имплантатами и фиксированными на них зубными протезами).

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача удостоверяющего подпись пациента _____

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

I. ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

1. За сутки до операции нельзя принимать алкоголь и кофе.
2. На операцию желательно приходить в хлопчатобумажной одежде с коротким рукавом
3. Необходимо принять назначенные лекарства.
4. Женщинам необходимо очистить лицо от косметики.

II. ВОЗМОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

1. На следующий день после операции может появиться небольшой отек мягких тканей лица, прилегающих к месту операции.
2. Возможно небольшое повышение температуры, а также онемение в отдельных участках кожи - это нормальная реакция организма на хирургическое вмешательство.
3. Последующие 3-4 дня отек и другие симптомы могут держаться, постепенно исчезая. Необходимо строго соблюдать назначения врача.
4. Если через 4 дня вышеуказанные симптомы не проходят необходимо связаться с лечащим врачом Исполнителя.

III. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

1. В день операции необходимо прикладывать холод на 10-15 минут к прооперированной области каждые 1-1,5 часа.
2. В первые 14 дней после операции нельзя употреблять горячую пищу, принимать горячую ванну, париться в бане, заниматься физическими упражнениями.
3. Спать следует на противоположной стороне или на спине.
4. В течение послеоперационного периода необходимо избегать переохлаждения.
5. После имплантации ткани в прооперированной области становятся слишком чувствительными, поэтому необходимо на 2-3 недели исключить из рациона твердую и раздражающую пищу (содержащую уксус, острые специи, и т.п.), раздражающие соки.
6. Начиная со дня операции и в последующие 7-14 дней необходимо проводить «ротовые ванночки» с раствором хлоргексидина (перманганата калия) и растворами / настоями ромашки или шалфея (не спиртовыми!) после каждого приема пищи по 1 мин, но не более 5 раз в день.
7. Необходимо использовать новую зубную щетку для чистки зубов. Область проведенной операции до восстановления целостности ткани нельзя травмировать зубной щеткой. Нельзя применять пасты, гели, полоскания, содержащие кислотные фтористые средства, т.к. они могут вызвать повреждения поверхности установленных имплантантов. Зубы следует чистить после завтрака и ужина не менее 2 мин., при этом перед завтраком необходимо прополоскать полость рта дезинфицирующим раствором.
8. Необходимо очищать спину языка от налета.

Возможны случаи, когда ткани вокруг имплантатов воспаляются из-за плохой гигиены, при заболевании каким-нибудь общим недугом или от пережевывания слишком твердой пищи. В этих случаях и по всем дополнительным вопросам необходимо обращаться к лечащему врачу Исполнителя.

График контрольных послеоперационных осмотров в течение периода заживления определяется лечащим врачом Исполнителя.

Тщательный гигиенический уход, регулярные визиты к стоматологу и своевременная санация полости рта продлевают срок службы ортопедических конструкций с опорой на имплантаты на долгие годы.

«Памятку получил»

Пациент (ФИО) _____

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

**КАРТА ОПРОСА ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ
(АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ)**

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ год рождения _____

Домашний адрес _____

- 1) Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания? _____ Да/Нет
Если да, то какие _____
- 2) Лечились ли Вы в последние два года в больнице или поликлинике? _____ Да/Нет
Если да, то по какому поводу? _____
- 3) Принимаете ли Вы постоянно лекарственные препараты? _____ Да/Нет
Если да, то какие? _____
- 4) Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям (синякам), в т.ч. при удалении зубов?
_____ Да/Нет
Если да, то какие _____
- 5) Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда? _____ Да/Нет
Если да, то какими _____
- 6) Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластинок и т.п.? _____ Да/Нет
Если да, то какие _____
- 7) Проводилось ли Вам переливание крови? _____ Да/Нет
Если да, то по какому поводу _____
- 8) Являетесь ли Вы донором? _____ Да/Нет
- 9) Какое у Вас кровяное давление? _____
- 10) Беременны ли Вы? _____ Да/Нет
- 11) Хорошо ли Вы переносите обезболивание при удалении зубов? _____ Да/Нет
Если нет, то какие были осложнения _____
- 12) Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов? _____ Да/Нет
- 13) Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта? _____ Да/Нет
- 14) Были ли у Вас гнойные воспаления в челюстно-лицевой области? _____ Да/Нет
- 15) Страдаете ли Вы перечисленными ниже заболеваниями? _____ Да/Нет
Если да, то какими:
- | | |
|-----------------------------|--|
| а) сердца _____ | и) инфекционным гепатитом _____ |
| б) сахарным диабетом _____ | к) печени _____ |
| в) крови _____ | л) ревматизмом _____ |
| г) _____ | м) _____ |
| д) щитовидной железы _____ | н) эпилепсией _____ |
| е) легких _____ | о) желудочно-кишечными _____ |
| ж) нервными болезнями _____ | п) туберкулезом _____ |
| з) венерическими _____ | р) циклически текущими заболеваниями _____ |

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____