

# ОБРАЗЕЦ

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

К ДОГОВОРУ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

об оказании платных медицинских услуг ФГБУЗ МСЧ № 33 ФМБА России

от «    »    201    г.

Пациент:( ФИО)

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель предоставляет Пациенту на платной основе услуги по стоматологической имплантации и протезированию с опорой на имплантаты.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1.1. Проинформировать Пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации как во время хирургической операции, так и в реабилитационный период и последующее время.

2.1.2. Проинформировать Пациента о правилах гигиены полости рта и профилактических мероприятиях при использовании протезами с опорой на имплантаты.

2.1.3. Проводить бесплатные осмотры Пациента в послеоперационный период.

2.1.4. В случае неудачной имплантации (отторжение установленных имплантатов) в течение первого года со дня операции по желанию Пациента операция имплантации повторяется бесплатно, либо Пациенту возвращается номинальная стоимость медицинских услуг за вычетом стоимости расходных материалов, медикаментов и имплантатов.

2.1.5. Срок гарантии на установленные имплантаты и изготовленные с опорой на них зубные протезы исчисляется с даты постоянной (временной) фиксации протезов и составляет:

- 1 год при установке имплантатов производства **Osstem (Осстем)**, Южная Корея

Пациент информирован: \_\_\_\_\_

#### 2.2. ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:

2.2.1 .Строго выполнять все врачебные рекомендации.

2.2.2.Посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков.

2.2.3 В случае возникновения каких-либо осложнений или выявления недостатков, связанных с имплантацией, незамедлительно обратиться к лечащему врачу, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.2.4.Проходить весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя.

### 3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

3.1. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности перед Пациентом в случае возникновения осложнений по вине последнего в следствие: несвоевременного сообщения о возникших осложнениях и отклонениях; несоблюдения гигиены полости рта;

**невыполнения предписаний врача, как-то:**

1) проведение профессиональной гигиены полости рта **2 (два) раза** в год;

2) рентгенологический контроль ----- через **2, 6,12** месяцев

3) профилактический осмотр полости рта **2 (два)** раза в год.

3.2. Конструкция зубной протеза с опорой на имплантаты определяется Исполнителем. Если Пациент настаивает на конструкции или ее особенностях, которые, по мнению лечащего врача, недопустимы, Исполнитель имеет право отказаться от исполнения договора; при этом Пациент обязан оплатить стоимость выполненной части работы.

**Я** осведомлен/-а, что предлагаемое мне лечение проводится под местной анестезией. Я информирована о цели, характере и способе планируемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах и недостатках, осложнениях и риске стоматологической имплантации. Мне известны альтернативные способы лечения без применения

зубных имплантатов. Я также предупрежден о том, что необходимость в расширении, изменении или полном отказе от запланированного лечебного мероприятия может выявиться только после начала оперативного вмешательства.

Я не возражаю, если во время проведения процедур будет осуществляться фото-и/или видеомacroсъемка для медицинских целей.

Я получил ответы на все интересующие меня вопросы, касающиеся стоматологической имплантации. Мне известно, что до начала операции я могу отменить данное мной согласие на проведение имплантации.

### Уважаемые пациенты!

Просим Вас обратить внимание на то, что стоимость имплантации складывается из нескольких частей:

- Стоимость самой операции имплантации и связанных с ней дополнительных вмешательств (наращивание объемов костных тканей, пересадка соединительнотканых трансплантатов и т.д.)
- Оплата изготовления коронок на интегрированных (прижившихся) имплантатах через 3 или более месяцев (количество коронок может не совпадать с количеством имплантатов)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исполнитель</li> <li>• Заместитель главного врача поликлиническому разделу работы ФГБУЗ МСЧ № 33 ФМБА России</li> <li>• _____ Н.В. Комкова</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Потребитель</p> <p>_____ ФИО</p>
--	---

№.№ п/п	Дата	Описание проведенных мероприятий	Подпись леч.врач
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

- ✓ **Обязательное заполнение всех полей**
- ✓ **В случае неявки в указанные сроки гарантийные обязательства прекращаются**

## ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3  
к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

### **Информированное согласие на проведение хирургического вмешательства**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736

Я, \_\_\_\_\_ уполномочиваю врача провести хирургическое вмешательство в мой организм.

Я информирован (а) о цели и характере предлагаемого мне хирургического вмешательства в мой организм.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (лась) с предлагаемым мне лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику согласованному врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения: боли в послеоперационный период; травматический отек; при несоблюдении рекомендаций развитие альвеолита; кровотечения.

Мне также объяснили, что необходимо соблюдать в послеоперационный период, чтобы избежать негативных последствий.

1. Чтобы не травмировать место операции, необходимо.

- соблюдать щадящую диету, т.е. не жевать на стороне операции и не употреблять жесткую, раздражающую (уксус, перец, майонез) и горячую пищу;
- осуществлять гигиену полости рта мягкой зубной щеткой, не затрагивая места операции.

2. Не забывайте принимать лекарства, если доктор Вам назначил их.

3. В день после операции необходимо прикладывать холод на лицо в месте операции на 15-20 минут через каждые 3-4 часа.

Не рекомендуется:

- в первые несколько часов после операции водить автомобиль;
- летать на самолетах (перепады давления могут вызвать кровотечения), менять климатические условия;
- посещать фитнес-центры, бани, сауны, бассейны.

Я ознакомился (ась) с данным Дополнением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы  
ФГБУЗ КБ №33 ФМБА России \_\_\_\_\_

Н.В. Комкова

