



DRALI'S

DENTAL CENTER

ДОГОВІР

на проведення стоматологічного лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій та ортопедичного лікування

у стоматологічній клініці «Dr. All's Dental Center»

м. Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Даний документ є договором на надання медичних послуг ФОП Аль-Буднаїн Євгенія Іванівна, що діє на підставі виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, номер запису про включення відомостей про фізичну особу-підприємця до ЄДРПОУ 06.01.2022, 2003130010002005643_(далі – Виконавець) та адресований всім споживачам, що бажають скористатися медичними послугами і мають можливість одержання послуг. Згідно із положеннями ст.ст. 633, 641 Цивільного кодексу України умови договору є однаковими для всіх споживачів (далі – Замовників).

1.2. Уважно ознайомтеся з текстом даного договору і якщо Ви не згодні з його умовами та правилами, або з будь-яким іншим пунктом його умов, Виконавець пропонує Вам відмовитися від укладення договору і використання послуг Виконавцем.

2. ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

2.1. З метою даного договору нижченаведені терміни вживаються в такому значенні:

«Послуги» - надання в повному обсязі медичної допомоги відповідно до переліку медичних послуг Виконавця.

«Замовник» («Пацієнт») - повнолітня особа, яка звернулася до Виконавця і стає, таким чином, Замовником послуг за укладеним даним договором.

«Виконавець» – суб'єкт господарювання «Dr. All's Dental Center», що надає послуги у сфері медичних послуг.

2.2. У цьому договорі можуть бути використані терміни, не визначені в п.2.1. У цьому випадку тлумачення такого терміну проводиться відповідно до тексту цього договору. У разі відсутності однозначного тлумачення терміну в тексті слід керуватися тлумаченням терміну: в першу чергу – на сайті Виконавця, в другу чергу – в мережі Інтернет

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1. Предметом договору є надання Замовнику медичних послуг відповідно до умов цього договору за переліком:

стоматологія ортопедична,
стоматологія хірургічна,
сестринська справа

3.2. Публічний договір є офіційним документом і публікується на сайті за адресою: <https://drali-dentalcenter.com/> та в загальнодоступному для ознайомлення місці в приміщенні Виконавця за адресою Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Південний Бульвар 24\б.

ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ І ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ ЗА ДОГОВОРОМ

4.1. Вартість послуги визначається індивідуально в залежності від обсягу робіт, формується на основі Прейскуранта цін Виконавця що розміщений на сайті <https://drali-dentalcenter.com> та в загальнодоступному для ознайомлення місці в приміщенні Виконавця за адресою Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Південний Бульвар 24\б.

4.2. Виконавець має право змінювати Прейскурант цін, умови даного Публічного договору без попереднього узгодження з Замовником, забезпечуючи при цьому публікацію змінених умов в загальнодоступному для ознайомлення з цими документами місці, не менше ніж за один день до їх введення в дію.

4.3. Оплата послуг Виконавця здійснюється Замовником шляхом внесення готівкових коштів до каси або за допомогою банківської платіжної картки. Оплата послуг, вартість яких перевищує 50000,00 гривень здійснюється за безготівковим розрахунком шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Виконавця.

4.4. Послуги, що надаються за цим Договором можуть бути оплачені за Пацієнта іншою фізичною або юридичною особою.

4.5. Оплата Послуг, що надаються Замовнику, здійснюється на основі 100% оплати за виконані Послуги безпосередньо відразу після їх виконання. Замовник має право внести авансовий платіж за послуги.

4.6. Оплата за ортопедичні Послуги здійснюється на основі 50% передоплати.

4.7. Оплата лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій, здійснюється шляхом 100% передоплати в день операції.

4.8. У разі відмови Замовника від Послуг по встановленню імплантатів або кістково-пластичних операцій, вартість придбаних для нього імплантатів, кістково-пластичного матеріалу і ізолюючих мембран підлягає відшкодуванню в розмірі 100% собівартості.

4.9. У зв'язку зі специфікою надаваних Послуг сума оплати, попередньо узгоджена з Замовником в плані лікування, може змінюватися на 15-20%.

4.10. Правила надання та оплати медичних послуг розміщені на сайті та в загальнодоступному для ознайомлення місці в приміщенні Виконавця за адресою Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Південний Бульвар 24/б.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Виконавець зобов'язаний:

Медичні працівники Виконавця повинні мати відповідну спеціальну освіту і відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

Провести якісне обстеження порожнини рота Замовника і, в разі необхідності, запропонувати йому пройти додаткові консультації і обстеження у фахівців іншого медичного профілю з метою уточнення діагнозу, правильного вибору матеріалів та методик лікування або протезування.

За результатами обстеження надати Замовнику повну і достовірну інформацію про стан його порожнини рота, сутності застосовуваних в його випадку методик лікування, протезування, медикаментів, матеріалів.

До початку надання медичних послуг Виконавець в усній формі повідомляє Замовнику перелік, склад та вартість всіх медичних послуг, надання яких вважає доцільним. За бажанням Замовника може бути складений письмовий План лікування.

При наданні платних медичних послуг дотримуватися лікарських формулярів, стандартів медичної допомоги та/або локальних/клінічних протоколів медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Визначити для Замовника гарантійний термін на надані послуги, пояснивши умови, при яких гарантійні зобов'язання зберігаються і вказавши гарантійний термін в Акті виконаних робіт. При неможливості надання гарантії, гарантійний термін у Акті виконаних робіт не зазначається.

Довести до відома Замовника про обставини, які можуть призвести до збільшення обсягу надання послуг, можливі ускладнення при проведенні лікування, і тимчасовий дискомфорт, які можуть виникнути в процесі лікування, протезування (Додаток 1).

5.2. Виконавець має право:

Самостійно визначати характер і об'єм лікування, маніпуляцій і техніки, необхідних для лікування Замовника в рамках плану лікування.

Відмовити в прийомі Замовнику у випадках стану алкогольного або наркотичного сп'яніння та коли дії Замовника загрожують життю і здоров'ю персоналу Виконавця.

5.3. Замовник зобов'язаний:

Суворо дотримуватися всіх призначень і рекомендацій Виконавця для досягнення і збереження результатів лікування.

Надати необхідну для Виконавця інформацію про стан свого здоров'я, про перенесені та наявні захворювання, операціях, травмах, проведених раніше обстеженні та лікуванні, наявних алергічних реакціях і протипоказання, а також інші відомості, які можуть позначитися на якості надаваних Виконавцем послуг.

Негайно повідомляти про всі ускладнення або відхилення, що виникли в процесі лікування, а в разі звернення за невідкладною стоматологічною допомогою в інші лікувальні установи надавати звітні випуску з медичної карти, рентгенівські знімки і результати обстеження і лікування.

При виникненні невідкладної ситуації Замовник має право звертатися за допомогою в інші медичні установи тільки після попереднього повідомлення Виконавця.

У разі отримання стоматологічних послуг із застосуванням дентальних імплантатів і кістково – пластичних операцій Замовник повинен ознайомитися з Додатком 2, Додатками 2.1., 2.2., 2.3., 2.4.

У разі отримання Послуг з хірургічної стоматології Замовник повинен ознайомитися з Додатком 2.2.

Своєчасно з'являтися на лікувальні та наступні профілактичні прийоми, а при неможливості явки з поважної причини – найближчим часом попередити про це Виконавця.

Замовник повинен з'являтися на профілактичні прийоми 1 раз в 6 місяців, у разі неявки гарантійні зобов'язання анулюються.

Оплатити послуги Виконавця на умовах цього договору.

5.4. Замовник має право

- вибору лікуючого лікаря (п. 2 ст. 284 ЦКУ; ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я);
- відмовитися від лікування на будь-якому його етапі (частина четверта ст.284 ЦКУ).

6. УМОВИ І ПОРЯДОК НАДАННЯ ПОСЛУГ

6.1. Виконавець надає послуги за цим Договором в дні та години роботи, які встановлюються адміністрацією Виконавця і доводяться до відома Замовника на сайті за адресою: <https://drali-dentalcenter.com/> та в загальнодоступному для ознайомлення місці в приміщенні Виконавця за адресою Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Південний Бульвар 24\ б.

6.2. Медичні послуги надаються за попереднім записом, який здійснюється за телефонами +38 (050) 031 17 95 та через інтернет.

6.3. Виконавець залишає за собою право змінювати час надання послуг за попереднім погодженням з Пацієнтом, а також право позачергового прийому Пацієнта з симптомами гострого захворювання.

6.4. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється у випадках, в порядку та в строки, що передбачені законодавством України.

6.5. Якість наданих медичних послуг повинна відповідати вимогам законодавства України.

З питань якості обслуговування звертатись до медичного директора ФОП Аль-Буднаїн Евгенія Іванівна за адресою Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул.

Південний Бульвар 24\б.

6.6. Приймання-передача наданих медичних послуг здійснюється шляхом оформлення Акту виконаних робіт, який складається в двох примірниках і підписується сторонами.

6.7. Пацієнт зобов'язаний підписати обидва примірника Акту виконаних робіт або надати письмову мотивовану відмову від підписання Акту.

6.8. Якщо Пацієнт не надав адміністратору письмову мотивовану відмову від підписання Акту виконаних робіт, медична послуга вважається належним чином наданою та належним чином прийнятою Пацієнтом.

6.9. За наявності письмової мотивованої відмови від підписання Акту виконаних робіт, Виконавець протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів розглядає таку відмову та в письмовій формі повідомляє Пацієнта про результати розгляду.

6.10. Строки надання та виконання послуг конкретизуються за домовленістю із Замовником із урахуванням соматичного та психофізичного стану пацієнта, гостроти клінічної ситуації, особливостей протікання захворювання тощо. Кількість прийомів (сеансів) визначається індивідуально, погоджується обома сторонами, фіксується у плані лікування (ст.. 15 Закону про захист прав споживачів).

7. ГАРАНТІЙНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ

7.1. У разі надання Пацієнту медичних послуг, Виконавець зобов'язується виконувати наступні гарантійні умови:

Гарантія на коронки суцільнолітні, металокерамічні, безметалеві становить 1 (один) рік з дати надання відповідних послуг;

Гарантія на стоматологічні послуги із застосуванням дентальних імплантатів і кістково – пластичних операцій визначається індивідуально.

7.2. Гарантія не надається:

при одночасному лікуванні в іншій стоматології без попереднього повідомлення лікаря і відповідного запису в медичній карті;

при будь-якому самостійному втручанні пацієнта в стоматологічну конструкцію;

при появі ускладнень, що виникають через неявку пацієнта в термін, зазначений лікарем, або в зв'язку з недотриманням лікарських рекомендацій і призначень;

7.3. У разі незадовільного показника індексу гігієни порожнини рота, в залежності від його значення, гарантія на всі роботи може бути частково або повністю знята, про що робиться відповідний запис у медичній карті Пацієнта.

7.4. Лікування повинно бути закінчено повністю відповідно до плану лікування. Якщо лікування не закінчено і були залишені каріозні зуби, старі неспроможні пломби і ортопедичні конструкції, що є постійним джерелом карієсогенної інфекції і потребують заміни, термін гарантії на всі виконані роботи зменшується вдвічі.

7.5. При виникненні проблем з будь-якою стоматологічною конструкцією пацієнт зобов'язаний повідомити Виконавця в строк до 7 (семи) календарних днів включно і якомога швидше звернутися до Виконавця в терміни, визначені лікарем після його повідомлення. При несвоєчасному зверненні і тривалу відстрочку звернення з вини Пацієнта гарантія не надається.

7.6. В разі неявки пацієнта або звернення Замовника до іншої медичної установи, або в зв'язку з недотриманням лікарських рекомендацій і призначень гарантійні зобов'язання анулюються.

7.7. Гарантія не поширюється на випадки наслідків травм і захворювань, які призвели до порушення стану зубощелепної системи (переломи зубів і щелеп, кісток лицьового скелета, важкі системні захворювання, променева і хіміотерапія, оперативні втручання і т.п.).

7.8. У разі надання Пацієнтом недостовірних відомостей при оформленні медичної документації Виконавець має право відмовити Пацієнту в гарантії на виконані послуги або скоротити терміни її дії.

7.9. Терміни гарантії можуть встановлюватися лікарями Виконавця індивідуально для кожного виду стоматологічних послуг, про що повинні повідомляти Пацієнта під розпис і зробити відповідний запис у медичній карті. Ці терміни в залежності від клінічної ситуації можуть розходитися зі стандартними термінами гарантій, прийнятими Виконавцем.

7.10. При виникненні гарантійної ситуації, неякісні ортопедичні роботи, відірвані імпланти і ін. підлягають поверненню Виконавцю.

8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

8.1. У разі порушення Замовником своїх обов'язків (п.5.3. Договору) Виконавець знімає з себе відповідальність за можливі наслідки або ускладнення, що виникли у Замовника.

8.2. У разі неявки Замовника більше тижня (від призначеного терміну) при виготовленні ортопедичних робіт Виконавець знімає з себе відповідальність за можливу деформацію роботи або зміни умов фіксації в порожнині рота Замовника. В даному випадку Замовник зобов'язаний компенсувати Виконавцю 50% вартості роботи.

8.3. У всіх інших випадках сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства.

9. ДОДАТКОВІ УМОВИ

9.1. Пацієнт, усно або письмово звернувшись за отриманням медичних послуг до Виконавця, приймає (акцептує) всі умови цього Договору, а дата першого звернення, за згодою сторін, вважається датою укладення цього Договору.

9.2. У разі відмови Замовника після укладення договору від отримання медичних послуг, договір розривається. У цьому випадку Замовник повинен відправити на адресу Виконавця письмове повідомлення про розірвання договору і оплатити Виконавцю 100% фактично понесених витрат, пов'язаних з виконанням даного договору. Якщо 75% і більше обсягу послуг вже виконано, Замовник має право розірвати договір лише щодо частини послуг, які ще не виконано (ст. 10 Закону про захист прав споживачів).

9.3. На підставі п.2, ст.10 Закону України «Про електронну комерцію» Замовник дає свою згоду на отримання смс-повідомлень і розсіпки на електронну пошту маркетингових акцій Виконавця та іншої інформації (нагадування про записи на прийом, запрошення на профілактичні огляди і т.д .) в рамках послуг виконавця.

9.4. Замовник може відмовитися від смс і e-mail розсіпки зазначеної в п.9.3. цього Договору звернувшись до адміністратора Виконавця за телефонами або адресою вказаною в реквізитах Виконавця протягом робочого дня Виконавця.

9.5. Замовник не заперечує проти проведення фото та відеозйомки під час лікування, а також використання даних матеріалів в наукових і рекламних цілях без зазначення персональних даних та зображень обличчя.

9.6. Замовник поінформований про те, що в приміщеннях Виконавця ведеться відеоспостереження.

9.7. Приєднуючись до даного договору, на підставі ст.11 Закону України «Про захист персональних даних», Замовник приймає рішення про надання своїх персональних даних Виконавцю, і дає згоду на їх обробку шляхом ведення автоматизованих баз даних, механічним і ручним способом. Перелік персональних даних, на обробку яких дається згода: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дата народження, домашній і мобільний телефони, місце роботи, дані про стан здоров'я, побічні реакції, місце проживання та інші персональні дані, отримані Виконавцем при наданні медичної допомоги.

9.8. Виконавець не має права розголошувати третім особам інформацію про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя Пацієнта, яка стала йому відома у зв'язку із виконанням цього Договору, крім випадків, передбачених

законодавством України, та іншими договорами, в тому числі добровільного медичного страхування.

9.9. У відповідності із ст.43 Закону України № 2801-XII від 19.11. 1992р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Замовник дає свою Інформовану згоду на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (Додаток 3).

9.10. Медична картка стоматологічного хворого, форма добровільної інформованої згоди, анкета про стан здоров'я є складовими договору.

9.11. Замовник поінформований, що Виконавець не бере участі в реалізації програми державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги.

9.12. В разі виявлення розбіжностей між умовами цього Договору, оприлюдненими на офіційному сайті Виконавця та на паперових носіях у приміщенні Виконавця, пріоритет має примірник на паперових носіях.

9.13. Всі можливі суперечки, що виникають в процесі виконання цього Договору, сторони будуть прагнути вирішити шляхом переговорів, а в разі недосягнення згоди – в судовому порядку.

10. ДОДАТКИ

Додаток 1 – Можливі ускладнення при проведенні стоматологічних маніпуляцій

Додаток 2 – Про проведення стоматологічного лікування з застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій

Додаток 2.1 - Рекомендації

Додаток 2.2 - Післяопераційні інструкції

Додаток 2.3 - Дентальні імплантати і паління

Додаток 2.4 – Інформована добровільна згода пацієнта на проведення лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій

Додаток 3 – Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення

11. РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ

ФОП Аль-Буднаїн Євгенія Іванівна

76018, Івано-Франківська область, м.Івано - Франківськ , вул. Саєвича, буд. 5а, кв. 31

3342609640

UA:383366770000026001052541841

Сайт <https://drali-dentalcenter.com/>

Ліцензія видана за наказом Міністерством Охорони Здоров'я від 11.01.2016р. за № 5.

Генеральний директор ФОП Аль-Буднаїн Євгенія Іванівна.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 1 до договору

Можливі ускладнення при проведенні стоматологічних маніпуляцій

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

« ____ » _____ 2024 р.

При проведенні ін'єкційного знеболення

Місцева ін'єкційна анестезія має на меті знеболити медичні маніпуляції. Місцева ін'єкційна анестезія проводиться в області маніпуляції і передбачає одну або кілька ін'єкцій (уколів) для введення анестезуючого речовини з метою забезпечення ефекту знеболення. Тривалість ефекту може варіюватися від 15 хвилин до декількох годин в залежності від виду анестетика та індивідуальної чутливості організму.

Застосування місцевої анестезії може привести до алергічних реакцій організму на медикаментозні препарати, непритомності, колапсу, шоку, травматизації нервових закінчень і судин, що проявляються втратою чутливості, невритами, невралгією і постін'єкційними гематомами.

Основні ускладнення ін'єкційної анестезії обумовлені, в першу чергу, введенням в тканини організму спеціального розчину і реакцією організму на нього (почастішання серцебиття, підвищення артеріального тиску, алергічний шок, непритомність, колапс). Введення розчину проводиться за допомогою голки, що травмує м'які тканини і може викликати утворення внутрішньої кровотечі і гематоми, набряклість ясен в області ін'єкції, тризм (обмежене відкривання рота), які можуть зберігатися протягом декількох днів або довше. Знеболювання ускладнене при вираженому стресі, в області існуючого запалення, в області молярів нижньої щелепи, після вживання алкогольних або наркотичних речовин. При проведенні місцевої ін'єкційної анестезії результат не гарантований, однак гарантовано проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосування ним якісних матеріалів та інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно- епідеміологічного режиму.

При проведенні ортопедичного лікування

Ортопедичне лікування має на меті довгострокове заміщення дефектів зубного ряду, поліпшення функції жування і (або) естетичну реабілітацію.

Після проведення ортопедичного лікування може бути ускладненою адаптація до протезів, почуття нудоти, порушення функцій мови, жування, ковтання, поломок протезів.

При наявності в порожнині рота різномірних металів можуть виникнути гальванічні струми, наслідком виникнення яких є відчуття печіння, болючість, почервоніння і набряк слизової оболонки порожнини рота.

При проведенні хірургічного лікування

Основні ускладнення оперативного лікування обумовлені, в першу чергу, індивідуальними анатомічними особливостями організму. Хірургічне лікування в області верхньої щелепи проводиться в безпосередній близькості до верхньощелепної (гайморової) пазухи. При перфорації дна пазухи носа можливе запальне ускладнення в цій області. При хірургічних втручаннях в області нижньої щелепи, при безпосередній близькості зони втручання до нижньощелепного каналу можливо оніміння язика, губ, підборіддя, тканин нижньої щелепи.

Ускладнення оперативного лікування також можуть бути обумовлені наявністю вже наявного хронічного або гострого патологічного процесу щелепно-лицевої ділянки (остеомієліт, кісти та ін.).

Післяопераційний відновний процес суворо індивідуальний за тривалістю і характером перебігу. Може виникнути набряклість ясен або обличчя в області хірургічного втручання, тризм (обмежене відкривання рота). Ці явища можуть тривати кілька днів. Внаслідок оперативного лікування також можливе виникнення оніміння в області втручання, формування рубця.

Відсутність регенерації кісткового післяопераційного дефекту непрогнозоване і може привести до необхідності нового оперативного втручання, спрямованого на пластичне заміщення кісткового дефекту.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 2 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

Про проведення стоматологічного лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій та ортопедичного лікування

1. Виконавець зобов'язується провести стоматологічне лікування із застосуванням дентальних імплантатів відповідно до плану лікування, складеним лікарем стоматологом – хірургом і стоматологом-ортопедом, враховуючи індивідуальні особливості клінічної ситуації.

2. При проведенні консультації Замовника і плануванні імплантологічного лікування Виконавець надає докладну інформацію про метод дентальної імплантації, прогнозах, можливі наслідки і ускладнення проведення даного виду лікування.

3. Стоматологічне лікування із застосуванням дентальних імплантатів складається з двох основних етапів: перший – Хірургічний (установка імплантатів), другий – Ортопедичний (протезування з опорою на імплантатах).

Терміни проведення протезування з опорою на імплантатах варіюють від 4 до 6 місяців після їх установки (період остеоінтеграції), в залежності від анатомічних і фізіологічних особливостей і визначаються індивідуально в кожному конкретному випадку. У деяких випадках Замовнику може знадобитися додатковий підготовчий етап, що включає в себе кістково-пластичні операції (кісткова пластика, синус-ліфтинг і т.д.) за показаннями. В даному випадку термін лікування може збільшуватися і визначається індивідуально.

4. Двоетапна імплантація («класична») включає 2 хірургічних етапи – установка імплантату і установка формувача ясен (через 4 – 6 місяців після імплантації).

5. Виконавець встановлює імплантати виробництва _____.

6. Оплата вартості операції дентальної імплантації, кістково-пластичних операцій і ортопедичного етапу здійснюється на підставі пп. 4.7, 4.8 договору.

7. У разі необхідності проведення підготовчих оперативних втручань в рамках імплантологічного лікування (сінусліфтинг, кісткова пластика, направлена регенерація кісткової тканини і ін.) Замовнику буде надана детальна інформація про обсяг, цілі та можливі ускладнення майбутнього втручання.

8. Замовник зобов'язується дотримуватися всіх медичних та адміністративних рекомендацій, описаних в додатку 2.1., 2.2., 2.3.

9. У разі невідлого результату хірургічного етапу імплантації (відторгнення імплантату протягом періоду остеоінтеграції (4-6 місяців після установки), Виконавець надає можливість повторної установки імплантатів за свій рахунок, у відстроченому порядку (в середньому через 3-5 місяців). Дані зобов'язання дійсні за умови суворого дотримання Замовником післяопераційних інструкцій, ретельного гігієнічного догляду, регулярних і своєчасних контрольних оглядів і рентгенологічних досліджень.

10. У разі не явки Замовника на ортопедичне лікування після закінчення зазначеного терміну остеоінтеграції (4-6 місяців) після установки імплантату, Виконавець не несе відповідальності за можливе виникнення ускладнень у Пацієнта.

11. У разі проведення ортопедичного етапу лікування на імплантатах в іншому медичному закладі Виконавець не несе відповідальності за можливе виникнення ускладнень у Пацієнта.

12. У разі порушення Пацієнтом рекомендацій, викладених у Додатках 2.1., 2.2, 2.3., а також при втручанні третіх осіб, Виконавець знімає з себе зобов'язання в разі виникнення ускладнень у пацієнта.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 2.1 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

« ____ » _____ 2024 р.

Рекомендації

1. Перед проведенням імплантологічного лікування лікарем призначається необхідне передопераційне обстеження, що включає лабораторне, рентгенологічне обстеження. У разі наявності в анамнезі хронічних, інфекційних захворювань необхідно повідомити про це лікаря. При наявності в анамнезі алергічних реакцій на лікарські препарати необхідно повідомити про це лікаря.

2. Після проведення імплантації Пацієнту призначаються необхідні медикаменти (антибактеріальні, протизапальні препарати, місцеві засоби) протягом післяопераційного періоду, з метою профілактики інфекційно-запальних ускладнень.

3. Після проведення дентальної імплантації призначаються систематичні контрольні огляди, рентгенологічні дослідження, відвідування яких є обов'язковим.

4. Пацієнту рекомендується ретельна гігієна порожнини рота. Недотримання адекватної гігієни порожнини рота в післяопераційному періоді може послужити причиною відторгнення імплантатів. Проведення професійної гігієни порожнини рота є обов'язковим перед хірургічним етапом імплантації, далі професійна гігієна порожнини рота повинна проводитися не рідше 1 разу на 3 місяці.

5. Перед початком хірургічного етапу Пацієнту рекомендовано проведення повної санації порожнини рота. У разі відмови Виконавець не несе відповідальності за можливе виникнення ускладнень.

6. У разі виникнення будь-яких ускладнень або дискомфорту, Пацієнт зобов'язаний негайно звернутися до Виконавця, не вдаючись до допомоги інших лікувальних установ.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 2.2 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

Післяопераційні інструкції

1. Не приймайте їжу і рідину протягом 2-х годин після операції.
2. При виникненні больових відчуттів прийміть призначені болезаспокійливі засоби в зазначених дозах.
3. Протягом раннього післяопераційного періоду (7-10 діб) Пацієнту рекомендується повністю виключити або звести до мінімуму куріння.
4. Протягом 1-ї доби після операції обов'язкове проведення холодних компресів на область операції по 10 хвилин 2-3 рази з інтервалом, не менш ніж 30-40 хвилин.
5. Протягом 1-ї доби після операції полоскання порожнини рота не проводяться. Починаючи з 2-ї доби (крім видалення зубів) проводьте регулярні полоскання порожнини рота розчином хлоргексидину 0,12% після кожного прийому їжі, не менше, ніж 3-4 рази на день.
6. Починаючи з 2-ї доби після операції проводите аплікації гелю «Метрогіл-дента» на область швів. Аплікації здійснюються після полоскання ротової порожнини. Після аплікації не рекомендується прийом їжі протягом 1 години.
7. Протягом перших 7-10 діб після операції не рекомендуються активні фізичні навантаження, польоти на літаку, підводні занурення, відвідування сауни.
8. Протягом перших 7-10 діб необхідно утриматися від вживання твердої, грубої і дуже гарячої їжі. **ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ** пити через соломинку, спльовувати протягом 36 годин.
9. Поява слідів крові в слині протягом першої доби після операції є допустимою. При виникненні активної кровотечі, негайно зателефонуйте в стоматологію.
10. набряк м'яких тканин в області операції є допустимим і може збільшуватися в об'ємі до 2-3-х діб після операції, після чого поступово зменшується.
11. Зниження чутливості в зоні операції є тимчасовим симптомом, який, проте, в окремих випадках може вимагати тривалого періоду відновлення.
12. При виникненні проблем або питань, будь ласка, телефонуйте за телефоном (050)031 11 795.
13. Приймайте всі призначені лікарем препарати в зазначених дозах. У випадках виникнення побічних ефектів, алергічних реакцій, обов'язково поінформуйте свого лікуючого лікаря.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 2.3 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

Дентальні імплантати і паління

1. Куріння різко знижує успіх стоматологічного лікування із застосуванням дентальних імплантатів з наступних причин:

а) при палінні в порожнині рота створюється негативний тиск, що перешкоджає формуванню кров'яного згустку, який є важливою умовою процесу загоєння післяопераційної рани.

б) нікотин викликає тривалий спазм судин, що погіршує кровообіг, уповільнюючи тим самим процес загоєння післяопераційної рани.

2. Пацієнт зобов'язується проінформувати лікуючого лікаря про те, що він курить до початку стоматологічного лікування із застосуванням дентальних імплантатів.

3. На підставі літературних даних і клінічного досвіду, куріння різко знижує успіх стоматологічного лікування із застосуванням дентальних імплантатів, тому Виконавець рекомендує Пацієнту виключити або обмежити куріння, особливо протягом раннього післяопераційного періоду (7-10 діб).

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 2.4 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

Інформована добровільна згода пацієнта на проведення лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій

Я, _____ одержав(ла) у лікаря
«Dr. Ali's Dental Center» _____

інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування, включаючи альтернативні методи.

Мені детально викладені суть, цілі, прогнози, можливі ускладнення майбутнього лікування. Мені роз'яснено основні етапи операції дентальної імплантації і підготовчих оперативних втручань, методи протезування з опорою на імплантати. Я зрозумів (-ла) сенс майбутніх лікувальних заходів і отримав (-ла) відповіді на всі питання, що мене цікавлять. Я повідомив (-ла) про наявність супутніх захворювань, а також про перенесені раніше оперативні втручання. Я згоден (-на) на проведення передопераційного обстеження в повному обсязі, необхідного для планування операції дентальної імплантації і профілактики можливих ускладнень.

Мені відомо, що для досягнення необхідного результату лікування необхідно суворе дотримання всіх даних мені рекомендацій і післяопераційних інструкцій. Мені зрозуміла необхідність і важливість проведення комплексу післяопераційних заходів і регулярних контрольних оглядів.

До мого відома доведено, що недотримання даних мені рекомендацій і інструкцій може негативно відбитися на результатах проведеного лікування.

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові

Додаток 3 до договору

«Dr.Ali's Dental Center»

м.Івано-Франківськ

«_____» _____ 2024 р.

Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення

Я, _____
одержав(ла) у лікаря «Dr. Ali's Dental Center» _____

інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я, _____
згодний(а) із запропонованим планом лікування.

Виконавець

ФОП Аль-Буднаїн Євгенія Іванівна
6018, Івано-Франківська область,
м.Івано - Франківськ,
вул. Саєвича, буд. 5а, кв. 31
3342609640
UA: 383366770000026001052541841

Замовник

_____ **ФОП Аль-Буднаїн Євгенія Іванівна.**

Підпис пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові