

Информационное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг с применением дентальных имплантов.

Я _____, обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Эстедент Плюс» для получения диагностических услуг и стоматологического лечения с применением дентальных имплантов.

Мне разъяснены принципы лечения, его этапы и условия , а именно:

1. Клиника обязуется провести стоматологическое лечение с опорой на дентальные имплантаты в соответствии с планом лечения, составленным врачом-имплантологом и ортопедом.
2. Стоматологическое лечение состоит из двух частей – хирургическая часть (вживление имплантатов) и протезирование (ортопедическая часть).
3. Пациент обязуется следовать всем медицинским и административным рекомендациям, описанным в приложении «Рекомендации».
4. Оплата за стоматологическое лечение состоит из двух частей- оплата за хирургическую часть (вживление имплантатов) и протезирование.
5. Оплата за хирургическую часть должна быть произведена в день подписания настоящего договора.
6. В случае неудачного исхода хирургической части (отторжение имплантата до завершения ортопедического лечения) клиника предоставляет возможность повторной установки имплантатов за свой счет. Данные обязательства не действительны в случае несоблюдения Пациентом послеоперационных инструкций, нерегулярного гигиенического ухода, и по курению.
7. В случае отказа пациента от повторной установки имплантата после его отторжения, пациенту возвращается сумма в размере 70% от стоимости операции.
8. Клиника устанавливает имплантаты фирмы NDI (Германия), Bicon (США).
9. Договор на оказание платных медицинских услуг, приложением к которому является данное информационное согласие, вступает в силу со дня его подписания и действует в течении всего срока лечения Пациента, гарантийного срока и оформляется в 2-х экземплярах.
10. Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них .
11. Учитывая, что качество лечения зависит от регулярности посещения Пациентом врача и соблюдением правил гигиены полости рта, Пациент должен неукоснительно выполнять эти правила.

Дата_____

Подпись_____