

Утверждено директором  
ТОО «КЛИНИКА БОШАНОВА»

«14» апреля 2025 года  
Бошанов Д.Е.



**ДОГОВОР**  
**на оказание услуг по синус-лифтингу, направленной костной регенерации, костной**  
**аутопластики различными методиками**  
**(в соответствии со ст.ст. 387, 389 ГК РК)**  
**(Типовая форма)**

г. Астана

Настоящий договор на оказание услуг является публичным договором и договором присоединения, который регулирует отношения между ТОО «КЛИНИКА БОШАНОВА», действующим на основании государственной лицензии №22000549 от 14.01.2022 года выданной ГУ «Управление здравоохранения города Астана» Акимата города Астана в лице директора Бошанова Д.Е., действующего на основании устава, в дальнейшем именуемое «Клиника», и клиентом, в дальнейшем именуемым «Клиент» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны».

**СТАТЬЯ 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. По настоящему Договору Клиника обязуется оказать Клиенту комплекс хирургических мер по наращиванию достаточного объема костной ткани, необходимого для установки импланта (далее именуется «Услуга»). Клиент соглашается получить от Клиники Услуги и оплатить их на условиях, изложенных в настоящем Договоре (далее - Договор).
2. Данный Договор является публичной офертой. К настоящему Договору применяются условия ст. 387 ГК РК (Публичный договор) и ст. 389 ГК РК (Договор присоединения). Условия настоящего Договора являются едиными для всех Клиентов Клиники.
3. Акцептом оферты и фактом присоединения к настоящему Договору является подписанное Клиентом Заявление о присоединении к Договору.
4. Присоединяясь к настоящему Договору, Клиент заранее соглашается со следующим информированным согласием на вид планируемого медицинского вмешательства:  
- Приложение №1 к Договору - Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (Открытый или закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методиками).  
- Приложение №2 к Договору – Согласие пациента при инвазивных вмешательствах.

**СТАТЬЯ 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

**1. Клиника обязуется:**

- а) оказать Клиенту качественные Услуги в соответствии с действующими правилами и с учетом пожеланий Клиента.
- б) ознакомить Клиента с условиями оказания Услуг в Клинике, информировать Клиента о возможных осложнениях, которые могут возникнуть после оказания Услуг, как в реабилитационный период, так и в последующее время.
- в) ознакомить Клиента с правилами гигиены полости рта и профилактическими мероприятиями, необходимыми для успешного оказания Услуг.
- г) проводить в согласованное с Клиентом время регулярные профилактические осмотры и мероприятия в течение установленного настоящим Договором реабилитационного периода. При этом, количество необходимых посещений Клиентом врача-стоматолога определяется Клиникой в

зависимости от конкретных условий оказания Услуг и индивидуальных особенностей и состояния организма Клиента.

д) Объяснить Клиенту суть Информированного согласия (Приложение №1 к настоящему Договору, Приложение №2 к настоящему Договору).

## **2. Клиент обязуется:**

а) ознакомиться с условиями оказания Услуг в Клинике, с информацией о возможных осложнениях, которые могут возникнуть после оказания Услуг, как в реабилитационный период, так и в последующее время.

б) предоставить Клинике информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для оказания Услуги, и подтвердить свою ответственность за объективность и достоверность такой информации в анкете и формуляре согласия на оказания Услуги, предложенной для заполнения Клиникой.

в) строго соблюдать правила гигиены полости рта выполнять профилактические мероприятия в течение реабилитационного периода и в последующее время, посещать профилактические осмотры не реже одного раза в 6 месяцев.

г) в согласованное с врачом-стоматологом время прибыть в Клинику для выполнения хирургической операции

д) оплатить за оказанные Услуги Клинике согласно действующему в ней прейскуранту цен.

е) после операции в течение реабилитационного периода, а при необходимости — и в последующем посещать Клинику для проведения профилактических осмотров и мероприятий, необходимых для успешного оказания Услуг.

ж) получать весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с оказанием Услуг, только в Клинике, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

з) Ознакомиться с Информированным согласием (Приложение №1 к настоящему Договору, Приложение №2 к настоящему Договору).

3. Реабилитационный период может быть сокращен или продлен по усмотрению Клиники, в зависимости от индивидуальных особенностей, состояния здоровья Клиента и других факторов, непосредственно влияющих или могущих повлиять на результат оказанных Услуг.

4. В течение реабилитационного периода Клиент будет проходить регулярные осмотры у специалиста Клиники, и выполнять все предписанные Клиникой рекомендации.

5. Нарушение этого правила освобождает Клинику от ответственности перед Клиентом.

## **СТАТЬЯ 3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

1. Цены на Услуги определены в прейскуранте цен Клиники, действующем по состоянию на момент осуществления Клиентом платежа.

2. Оплата Услуг производится в день проведения операции, с учетом затраченной костной ткани и дополнительных материалов.

3. В случае если Клиент оплачивает Клинике за услуги, посредством финансовых инструментов банков второго уровня (кредит, рассрочка и т.д) и в процессе оказания услуг Клиент в одностороннем порядке отказывается от дальнейшего получения услуги, то Клиника осуществляет возврат денежных средств Клиенту за минусом фактически понесенных ею расходов, в том числе расходов по партнерской оплате банку второго уровня за Клиента, согласно договорным отношениям между Клиникой и банком второго уровня.

## **СТАТЬЯ 4. ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА**

1. Клиника подтверждает, что качество оказываемых им услуг (выполняемых работ) и используемых для их выполнения материалов, соответствует всем требованиям и стандартам, установленным в Республике Казахстан.

2. Клиника заверяет Клиента, что при условии надлежащего соблюдения Клиентом всех рекомендаций и правил, изложенных в настоящем Договоре и других документах Клиники, в том числе таких как: тщательная гигиена полости рта, профилактические осмотры каждые 6 (шесть) месяцев, у Клиента не должно возникнуть неблагоприятных изменений, требующих вмешательства Клиники.

3. Клиника не гарантирует Клиенту, что ожидаемый им положительный результат лечения будет, обязательно достигнут в сроки, озвученные Клиенту при первоначальном или последующем посещении. Клиент должен осознавать, что такие сроки являются очень приблизительными и зависят от множества обстоятельств, в том числе, от сложности зубочелюстной аномалии, реакции организма Клиента на проводимые ему хирургические манипуляции, а также других объективных обстоятельств, не зависящих от Клиники.
4. Гарантия на результаты оказанных услуг, предоставленная Клиенту прекращается досрочно в случае, если при обращении в Клинику будет установлено следующее обстоятельство, что Клиент осуществлял терапевтические или иные процедуры в отношении того же объекта лечения в ином лечебном учреждении, вне зависимости от объемов полученных клиентом медицинских услуг в другом медицинском учреждении;

#### **СТАТЬЯ 5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

1. Клиент настоящим осознает и соглашается, что несмотря на высокий профессионализм и опыт специалистов Клиники, успешный результат оказанных Услуг не может быть абсолютно гарантированным, поскольку он может полностью, преимущественно или иначе зависеть от состояния здоровья и особенностей организма Клиента, от степени переносимости тех или иных медицинских препаратов, показаний и противопоказаний, а также любых внешних факторов, способных повлечь за собой непредвиденные осложнения в процессе оказания Услуг и по ее окончании.
2. Клиент соглашается достоверно и заблаговременно информировать Клинику о состоянии своего здоровья и перенесенных заболеваниях, а также всячески способствовать Клинике в установлении истинных причин, повлекших за собой ухудшение состояния операционного поля.
3. В случае если в процессе оказания Услуг станет ясным, что Клиника не сможет обеспечить Клиенту успешный результат, Клиент будет уведомлен об этом Клиникой. В таком случае Клиент будет вправе отказаться от дальнейшего получения Услуг и возместит Клинике фактически понесенные ею расходы по оказанию Клиенту услуги до момента отказа.
4. Каждая из Сторон обязуется соблюдать конфиденциальность содержания настоящего Договора, если иное не будет письменно согласовано Сторонами.

#### **СТАТЬЯ 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ОТКАЗ ОТ ДОГОВОРА**

1. Настоящий Договор вступает в силу с момента присоединения к нему Клиента и считается заключенным на неопределенный срок.
2. Помимо всего прочего, Клиент будет вправе в любое время отказаться от услуг Клиники возместив все понесенные расходы, в размере, указанном в п.3 статьи 5.
3. Клиника будет вправе отказаться от оказания Клиенту Услуг в случае, несоблюдения Клиентом принятых на себя по настоящему Договору обязательств, а также в случае, если пожелания Клиента в отношении имплантируемого костного материала вступят в противоречие с медицинской целесообразностью оказания Услуг, или если пожелания Клиента будут возлагать на Клинику обязательства, противоречащие требованиям медицинской этики или действующего законодательства, норм и правил в области здравоохранения в Республике Казахстан.
4. Сторона, желающая расторгнуть Договор в одностороннем порядке (отказаться от Договора), обязана письменно уведомить другую Сторону за 10 (десять) календарных до даты расторжения Договора. Такое уведомление Сторона отправляет на юридический или на электронный адрес другой Стороны.

#### **СТАТЬЯ 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

1. В случае возникновения между Сторонами спора, он подлежит урегулированию путем непосредственных переговоров между Сторонами. Если спор между Сторонами не будет урегулирован, то он подлежит разрешению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан.
2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.







**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства  
(Открытый или закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная  
аутопластика различными методиками.)**

Я проинформирован врачом-стоматологом, что мне показана операция по наращиванию костной ткани и получил (- ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза и плана лечения.

1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения:

Мне планируется проведение операции по увеличению объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть хирургического вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений, связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, врач-стоматолог не может гарантировать 100% наращивание костной ткани в области операционного поля. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области операционного поля, однако такая возможность существует не всегда.

2. Допустимость коррекции врачом-стоматологом намеченного плана лечения и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач-стоматолог.

3. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения

Я понимаю, что могут возникнуть возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;

После проведения операции - возможен дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненные ощущения, но эти симптомы, как правило, исчезают через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.

В процессе операции — кровотечение; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.

Под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

К послеоперационным осложнениям данных хирургических вмешательств относятся:

инфицирование раны в области операционного поля, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, необходимость в проведении дополнительной операции, другое.

4. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

Принимать назначенные лекарства.

Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определенного врачом. Не принимать алкоголь и наркотические средства.

Соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактический осмотр в сроки, установленные врачом.

Я предупрежден, что курение может осложнить заживление раны.

Врач-стоматолог мне разъяснил, что невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров), плохая гигиена полости рта могут сказаться на окончательном результате лечения.

Я согласен(-на), что никто не может предсказать точный результат хирургического вмешательства по причине уникальности каждого организма, возникновении непредвиденных заболеваний у пациента и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом мне безусловно гарантировано:

точность диагностики;

• работа по утвержденным протоколам

• применение костной ткани, соответствующей всем требованиям и стандартам, установленным в Республике Казахстан.

**Я понимаю, что:**

в последующем для постановки точного диагноза и проведения дальнейшего эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;

В дальнейшем, после успешного хирургического вмешательства, необходимо будет проводить операцию по установке имплантов и в дальнейшем протезирование на имплантах. Со мной будут оговорены вид, время и стоимость последующего лечения. Я осведомлен об ориентировочной стоимости предстоящего лечения.

Я подтверждаю, что в «Анкете здоровья» назвал (-а) известные мне болезни и недуги.

Я удостоверяю, что:

мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

я согласен (-на) с названными мне условиями его проведения.





## Согласие пациента при инвазивных вмешательствах

Я, пациент/законный представитель, находясь в стоматологической клинике ТОО «КЛИНИКА БОШАНОВА», даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу,

законным представителем которого я являюсь, следующей процедуры: Анестезия, плазма терапия, удаление зубов, снятие з/о, кюретаж, хирургические операции, лечение зубов, диагностические процедуры и т.д

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):

наследственность;  
аллергические проявления;  
индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;  
потребление табачных изделий;  
злоупотребление алкоголем;  
злоупотребление наркотическими средствами;  
перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;

экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;

принимаемые лекарственные средства.

3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

### Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.