



Утверждено директором
ИП «КЛИНИКА ДОКТОРА БОШАНОВА»

« 17 » 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 ИП «КЛИНИКА ДОКТОРА 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 ИП «КЛИНИКА ДОКТОРА 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.