



Договор-оферта оказания платных стоматологических услуг

1. Общие положения.

1.1. Настоящий документ является публичной офертой ТОО «NRT Центр эстетической стоматологии и косметологии» (БИН 230240007754) (далее - Исполнитель) и содержит все существенные условия по договору на оказание стоматологических услуг физическим лицам.

1.2. В соответствии со статьями 395, 396 Гражданского Кодекса Республики Казахстан (далее – ГК РК), в случае принятия изложенных ниже условий и оплаты услуг, физическое лицо, производящее акцепт этой оферты, становится Заказчиком, а Исполнитель и Заказчик совместно — Сторонами договора оферты.

1.3. Настоящая публичная оферта регулируется нормами законодательства Республики Казахстан.

1.4. Совершая действия по акцепту настоящего публичного договора оферты, Заказчик подтверждает свою правоспособность и дееспособность, достижение Заказчиком возраста 18 лет, а также законное право Заказчика вступать в договорные отношения с Исполнителем.

2. Термины и определения.

2.1. В целях настоящей оферты нижеприведенные термины используются в следующих значениях:

Оферта – настоящий документ, опубликованный в сети Интернет на Веб-сайте или в Мобильном приложении и содержащий предложение для лиц, заинтересованных в оказании стоматологических услугах.

Акцепт оферты – полное и безоговорочное принятие условий Оферты Заказчиком путем осуществления действий, указанных в настоящей Оферте. Акцепт Оферты создает Договор оферты.

Веб-сайт – принадлежащий Исполнителю ресурс, размещенный для публичного доступа в сети Интернет по адресу: <https://www.ryadomsv.kz/>, обеспечивающий информирование пользователей о типах услуг, работ, порядке записи и оплаты, и предоставляющий потенциальным Заказчикам возможность оформить запись онлайн.

Договор оферты – договор между Исполнителем и Заказчиком на оказание услуг, который заключается посредством акцепта Оферты.

Заказчик/Пациент – дееспособное физическое лицо, достигшее 18 лет, имеющее законное право вступать в договорные отношения с Исполнителем, а также принявшее условие настоящей Оферты, и являющийся таким образом Заказчиком услуг Исполнителя по заключенному Договору оферты.

Исполнитель –лицо, оказывающее услуги по Договору оферты: ТОО «NRT Центр эстетической стоматологии и косметологии» (БИН 230240007754), юридическое лицо, зарегистрированное в соответствии с законодательством Республики Казахстан, действует на основании лицензии на право осуществления медицинской деятельности

Прейскурант/Прайс-лист – перечень стоматологических услуг, оказываемых Исполнителем и содержащий стоимость данных услуг.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



3. Предмет Оферты и акцепт Оферты.

3.1 Исполнитель обязуется оказывать стоматологические услуги в организациях, расположенных на территории Республики Казахстан (протезирование зубов, имплантация, дентальная хирургия) Заказчику в соответствии с условиями настоящей Оферты, а также Приложениями к настоящей Оферте, а Заказчик обязуется оплачивать услуги по установленной стоимости, указанной в Прейскуранте и Прайс листе Исполнителя.

3.2. Публичная Оферта и Прайс-лист Исполнителя являются официальными документами, содержащими условия об оказании услуг.

3.3. Исполнитель вправе привлекать к исполнению Договора оферты третьих лиц, оставаясь ответственным за их действия (бездействия) перед Заказчиком.

3.4. Принимая условия настоящей оферты, Заказчик также соглашается с условиями, указанными в приложениях к настоящей Оферте.

3.5.1. Перечень Приложений:

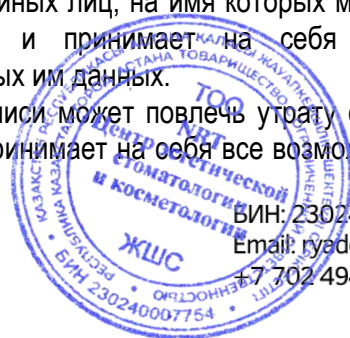
1. Приложение №1 – Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение;
2. Приложение №2 - Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования;
3. Приложение №3 - Согласие пациента на местное обезболивание во время стоматологического лечения;
4. Приложение №4 – Информированное добровольное согласие на дентальную имплантацию;
5. Приложение №5 – Информированное добровольное согласие на проведение костной регенерации (открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация);
6. Приложение №6 - Информированное добровольное согласие на восстановление зубного ряда по методу All on Four (Всё на четырех);
7. Приложение №7 - Информированное добровольное согласие на восстановление зубного ряда по методу All on Six (Всё на шести);
8. Приложение №8 - Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения;

4. Условия и порядок предоставления услуг.

4.1 Услуги Исполнителя предоставляются Заказчику только при условии предоставления личных данных на Веб-сайте. В обязательном порядке при формировании Заказа предусматривается предоставление личных данных Заказчика, без которых выполнение Исполнителем своих обязательств по Договору оферты является невозможным.

4.2. После прохождения процедуры Записи Заказчик отвечает за полноту и достоверность вводимых регистрационных данных и подтверждает, что все действия, которые будут произведены с использованием этих данных для исполнения условий настоящей Оферты, выполняются им лично или с его согласия. В равной степени Заказчик подтверждает достоверность вводимых им при работе на Веб-сайте данных иных лиц, на имя которых может осуществляться оформление Записи. Заказчик понимает и принимает на себя всю ответственность за точность, полноту и достоверность введенных им данных.

4.3. Изменение личных данных Заказчика в оформленной Записи может повлечь утрату силы согласованной в Записи стоимости услуг. При этом Заказчик принимает на себя все возможные



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19

коммерческие риски (оформление новой Записи, изменение даты и времени Записи, возврат денег и прочее), связанные с его виновными действиями по допущению ошибок и неточностей в предоставлении личных данных.

4.4. Заказчик знакомится с Прайс-листом, содержащим в себе перечень услуг, а также их стоимостью, размещенной на Веб-сайте, выбрав необходимый вид услуг, дату и время оказания услуг. Заказчик делает запрос на услугу, следуя процессу оформления Записи на Веб-сайте.

4.5. Объем предоставления Заказчику стоматологических услуг определяется Исполнителем и согласовывается Заказчиком (законным представителем Заказчика, не достигшего возраста 15 лет), в момент обращения Заказчика в Клинику Исполнителя с целью получения стоматологических услуг.

5. Исполнитель обязуется:

5.1. Осуществлять в оговоренное с Заказчиком время осмотр пациента с проведением, по показаниям, дополнительных методов обследования для установления предварительного диагноза и объема необходимых лечебных процедур.

5.2. Ознакомить Заказчика с планом лечения, возможными ближайшими и более поздними осложнениями, независимыми от проведенного врачом лечения. Обеспечить качественные и безболезненные методы лечения с применением по показаниям обезболивающих средств, согласовать время и дату посещения Заказчиком врача.

5.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения

5.4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика, используемых, в том числе, в стоматологических информационных системах.

5.5. При оказании стоматологических услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в Республике Казахстан лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий.

6. Исполнитель имеет право:

6.1. Вносить изменения в Прайс-лист услуг, который содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

6.2. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские учреждения) для оказания услуг Заказчику.

6.3. Отказаться от предоставления Заказчику услуг, предусмотренных настоящей Офертой, в случае невыполнения Заказчиком условий Оферты или Приложений/Дополнений к нему, в том числе в случае невыполнения Заказчиком требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Заказчика противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.

6.4. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание стоматологической услуги Заказчику, в случаях возникновения состояний Заказчика, требующих незамедлительного медицинского вмешательства.

6.5. Иные права, указанные в приложении



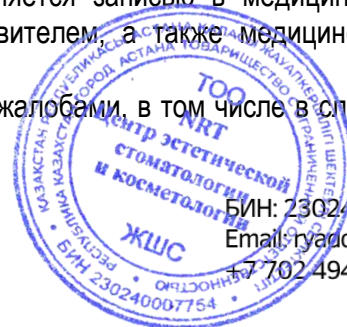


7. Заказчик обязуется:

- 7.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Заказчика.
- 7.2. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Заказчиком всех требований и рекомендаций врача и медицинского персонала, соблюдать гигиену полости рта, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания стоматологической услуги.
- 7.3. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Заказчика заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Заказчика.
- 7.4. Посещать лечащего врача для контрольных и профилактических осмотров в период реабилитации.
- 7.5. Сообщать Исполнителю о жалобах Заказчика, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.
- 7.6. Предоставлять Исполнителю необходимую для медицинского вмешательства информацию о состоянии здоровья Заказчика и иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых стоматологических услуг.
- 7.7. Оплачивать стоматологической услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящей Офертой, дополнениями/приложениями к нему.
- 7.8. За свой счет оплачивать расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий Заказчика вопреки согласованным с Заказчиком назначениям Исполнителя.
- 7.9. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.

8. Заказчик имеет право:

- 8.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящей Оферте.
- 8.2. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 8.3. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.
- 8.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- 8.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 8.6. Знакомиться и получать медицинскую документацию (ее копии и выписки из медицинских документов), знакомиться с медицинскими заключениями Исполнителя в отношении Заказчика с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.
- 8.7. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Заказчика решает врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком или его представителем, а также медицинским работником.
- 8.8. Обратиться к руководству Заказчика с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19

8.9. Самостоятельно, на основе действующего Прайс-листа, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя.

9. Ответственность Сторон.

9.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору оферты Исполнитель и Заказчик несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

9.2. Исполнитель несет ответственность:

9.2.1. За качество, объем и сроки оказываемых Заказчику стоматологических услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

9.2.2. За достоверное и своевременное информирование Заказчика о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании стоматологических услуг.

9.2.3. В случае невыполнения или некачественного выполнения своих обязательств, при наличии доказательства своей вины.

9.3. Заказчик несет ответственность:

9.3.1. За несвоевременную оплату стоимости предоставленных стоматологических услуг в соответствии с условиями настоящей Оферты, Дополнений/Приложений к нему.

9.3.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Заказчика.

9.3.3. За выполнение/невыполнение Заказчиком всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Исполнителя, предписанных на период после оказания стоматологической услуги.

9.3.4. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Заказчиком, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

9.3.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Заказчик нарушит обязательства, предусмотренные настоящей Офертой, в случае если указанные нарушения имели место и явились причиной недостатков оказания медицинской помощи (вреда).

9.3.6. Вид лечения, конструкции протеза, стоматологических материалов определяются Исполнителем с учетом пожеланий Заказчика. Исполнитель обязан своевременно информировать Заказчика о том, что не соблюдение указаний лечащего врача Исполнителя и иные обстоятельства, зависящие от потребителя, могут снизить качество оказываемой услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок. Если Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не выполнит указания лечащего врача Исполнителя либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги), то Исполнитель не несет ответственности за положительный и качественный результат выполненной работы (оказанной услуги). Заказчик в данном случае не имеет право требовать возмещения убытков.

9.4. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Республики Казахстан.



10. Порядок изменения, пролонгации и расторжения Договора оферты

10.1. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Договор, Прайс-лист, перечень стоматологических услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания стоматологических услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответствующей информации на информационных стендах в Клинике Исполнителя и официальном сайте Исполнителя.

10.2. Исполнитель вправе расторгнуть Договор оферты в любое время без предварительного уведомления в случае нарушений Заказчиком оплаты услуг.

10.3. Заказчик вправе отказаться от получения стоматологических услуг в рамках настоящего Договора, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения).

10.4. При отказе Заказчика от получения стоматологических услуг и/или при расторжении Договора (его части) Стороны производят окончательный расчет по настоящему Договору (его части), при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств.

10.5. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю за фактически понесенные Исполнителем расходы.

11. Реквизиты Сторон

Исполнитель:

ТОО "NRT ЦЕНТР ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ"

Адрес: Астана, ПРОСПЕКТ ТҰРАН, дом 50/2, кв/офис 9

БИН: 230240007754

Директор: Жарилкасимов Р.Н.



Заказчик:

ФИО: _____

ИИН: _____

Номер документа: _____

Выдан от: _____

Адрес проживания: _____

Телефон: _____

Подпись: _____



Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение

Подписание Заявления о присоединении к Договору, я подтверждаю, что согласен(-сна) с тем, что имеющаяся у меня, подтвержденная диагностированием, патология является прямым показанием для проведения стоматологического лечения.

Я подтверждаю, что со мной проведена беседа, в ходе которой я была(а) достаточно проинформирован(а) о:

- Предстоящем мне лечении;
- Необходимости проведения дополнительного обследования для постановки окончательного диагноза;
- Возможных альтернативных вариантах лечения
- Видах применяемой аппаратуры
- Подготовительных мероприятиях перед началом лечения
- Стоимости и ориентировочной продолжительности лечения

Я ознакомлен(-а) и согласен(-на) с наиболее рациональным планом лечения, его преимуществами и возможными альтернативными методами лечения, которые в моем случае менее эффективны.

Мне известно, что мой лечащий врач работает по технологиям, утвержденным МЗ РК и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

Мне известно, что я могу либо отказаться от предложенного мне лечения, либо дать согласие на его проведение.

Я осведомлен(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендуемого плана лечения.

Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику, как во время активного этапа лечения, так и после него. Я понимаю, что несоблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения и приводить к возникновению рецидива заболевания.

Я информирован(-а) и согласен(на) с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/не полного выполнения рекомендаций врача ложится на меня и что в таком случае деньги за проведенный объем лечения не возвращаются

Я предупрежден(а), что в том случае, не явки на прием более трех месяцев (без уведомления врача), Клиника снимает в одностороннем порядке все взятые на себя обязательства.

Я поставлен(-а) в известность о том, что в связи с высокой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно. В случае возникновения



БИН: 230240007754
Email: ryadomsv@gmail.com
+7 702 494 44 19



осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я подтверждаю, что прочитал(-а) и поняла(-а) все вышеизложенное, имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода.

На все заданные вопросы я получил(-а) понятные мне и исчерпывающие ответы, и рекомендации. Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, предоставил(-а), в меру своей осведомленности, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.



БИН 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

7-702 494 44 19



Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

Подписанием Заявления на присоединение к Договору Я подтверждаю, что проинформирован(-а) о том, что клиника располагает всеми необходимыми, стационарными, передвижными и индивидуальными средствами защиты, применяемыми при рентгенодиагностике. В соответствии с требованиями к методам рентгенодиагностики на территории РК мне будет гарантировано проведение рентгеновского исследования специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.. В частности, мне будет предоставлен рентгенозащитный фартук.

Я проинформирован(-а) о том, что осложнениями рентгенодиагностики может явиться превышение допустимой лучевой нагрузки, что отрицательно повлияет на кроветворную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы, может вызвать болезни практически всех органов и систем.

Я проинформирован(-а) о том, что одна средняя доза облучения, полученная мною при рентгенодиагностике составит:

1. Интраоральная рентгенодиагностика — 0,001-0,004 мЗв (миллизиверт) на один снимок.
2. Панорамная рентгенодиагностика — 0,08-0,1 мЗв (миллизиверт) на один снимок.
3. Зиверт — это единица измерения воздействия ионизирующего излучения.

В течение года из внешней среды человек получает облучение (естественный фон) примерно в 3,0 мЗв. Следовательно, риск превышения лучевой нагрузки при соблюдении методик и правил рентгенодиагностики при стоматологическом лечении сведен к минимуму.

Однако я дополнительно проинформирован(а), что даже допустимая медицинская лучевая нагрузка категорически вредна в случае беременности. Рентгенодиагностика при беременности возможна лишь в самом крайнем, экстренном случае.

Я уведомлен(-а) о том, что мне гарантировано правильное ведение листа учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях в целях обеспечения и контроля моей безопасности.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка.

Я имел(-а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники в тех случаях моего обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.

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



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Согласие пациента на местное обезболивание во время стоматологического лечения

Подписанием Заявления на присоединение к Договору, с учетом имеющихся у меня зубочелюстных аномалий и рекомендованного специалистами Клиники (врачами) методами лечения, Я даю свое согласие на использование при оказании стоматологических услуг (услуг дентальной имплантации) местного обезболивания. Я подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой стоматологической манипуляции.

Мне разъяснено, что стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и последствиями отказа от неё могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: ранение пациента острыми инструментами, потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.

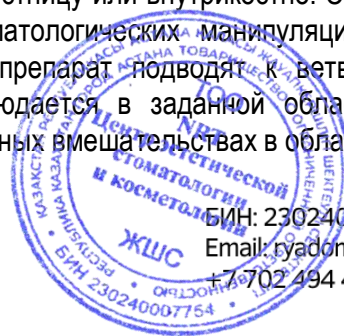
Я проинформирован(а) о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач-стоматолог выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

Аппликационная анестезия — это поверхностное обезбоживание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяются анестетики в виде спрея, мази или геля.

Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на:

- Инфильтрационная анестезия. Самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка» Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях.
- Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

- Интралигаментарная, или внутрисвязочная анестезия - способ местной анестезии, который состоит во введении местноанестезирующего раствора в периодонтальное пространство. Обезболивающее средство инъецируется под более высоким давлением, чем при обычной анестезии. Поэтому интралигаментарную анестезию безопаснее и легче проводить специальными инъекторами, которые за счет редуктора увеличивают мышечную силу руки врача-стоматолога и позволяют развивать сильное давление.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения, или выполнение лечения без обезболивания. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения.

Я осознаю также, что Специалист Клиники (врач) может, а иногда и ДОЛЖЕН отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою безопасность.

Осложнениями местной анестезии могут явиться: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Эффект обезболивания бывает затруднен в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

Я подтверждаю, что сообщил Специалисту Клиники (врачу назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(-а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Я понимаю и принимаю то, что при проведении местной инъекционной анестезии положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я имел(-а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства в тех случаях моего обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.

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

Я ознакомлен(-а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(-а) с ними.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Информированное добровольное согласие на дентальную имплантацию

Подписанием Заявления на присоединение к Договору Я, даю согласие на предложенное мне медицинское вмешательство Дентальная имплантация (имплантация зубов).

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(-а) о предстоящем лечении и согласен(-на) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

- Я полностью и доступно информирован(-а) о цели и сущности хирургической процедуры имплантации.
- Я понимаю, что необходимо для осуществления размещения имплантата в кости под десной.
- Я информирован(-а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов.
- Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.
- Данное оперативное вмешательство со мной согласовано заранее.

Мне сообщено о возможных осложнениях после дентальной имплантации: боль, покраснение, отек, изменения вкусовой чувствительности. Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Также возможны:

- воспаления вены (флебит),
- повреждения имеющихся зубов,
- переломы кости,
- нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи),
- отсроченное заживление,
- аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Специалист Клиники (врач) объяснил мне, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации.

Я понимаю, что избыточное курение, потребление алкоголя, сахара, могут отразиться на заживлении десен и успешности имплантации.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья, наличие или отсутствие аллергии.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед дентальной имплантацией и хирургическими операциями» назвал(-а) известные мне болезни и недуги.



Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеопленку и другие процедуры, сопряженные с дентальной имплантацией при условиях соблюдения анонимности.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

Я информирован(-а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога, пройти гигиенические процедуры у гигиениста. А так же, что пациент обязан поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Я извещен(-а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен(-а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории высокого риска осложнений, возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Я имел(-а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я подтверждаю, что информация о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, запретах к использованию, имеющихся заболеваниях предоставлена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

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

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.



БИН 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Информированное добровольное согласие на проведение костной регенерации (открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация)

Подписанием Заявления на присоединение к Договору, с учетом имеющихся у меня зубочелюстных аномалий и рекомендованного специалистами Клиники (врачами) методами лечения, Я даю свое согласие на проведение мне костной регенерации и подтверждаю что:

Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения: Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи и/или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введении биопластических материалов и их фиксации различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объем и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей моего организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно: под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

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

В процессе операции — кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции.

После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Мне понятно, что не смотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба, 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, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость в проведении дополнительной операции.

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

- Принимать назначенные лекарственные средства.
- Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.
- Не принимать алкоголя и наркотических средств.
- Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом.

Я предупреждён(-на), что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

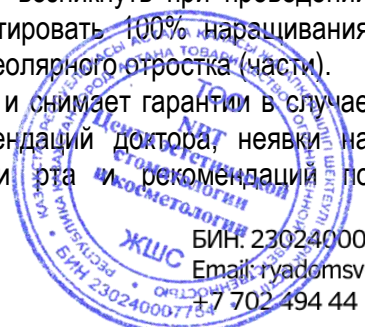
Я информирован(-а) о противопоказаниях к проведению костной регенерации:

- Остеопороз
- Сахарный диабет
- Иммунодефицитные состояния
- Онкология
- Заболевания крови с нарушением свертываемости
- Острые инфекции
- Пластика не проводится в период беременности и лактации, поскольку резервный кальций из организма женщины уходит на построение скелета ребенка, и приживление костной стружки маловероятно.
- Хирургическое вмешательство в полости рта не может быть проведено при выраженном воспалении.

Перед наращиванием врач рассказывает, как подготовиться к операции. Требуется полная санация полости рта у стоматолога-терапевта, панорамная рентгенограмма и анализы крови на сахар и коагулограмму.

Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях:

- Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РК.
- Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).
- Клиника не несет ответственности за результат операции и снимает гарантии в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).

- При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту. Во всех остальных случаях пациент оплачивает только стоимость материалов.

Мне названы и со мной согласованы:

Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении. Сроки проведения лечения. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:

- ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19

Информированное добровольное согласие на восстановление зубного ряда по методу All on Four (Всё на четырех)

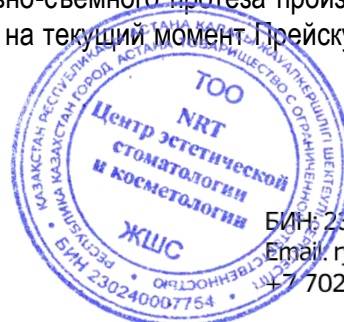
Подписанием Заявления на присоединение к Договору Я подтверждаю что согласен(-сна) с тем, что имеющаяся у меня, подтвержденная диагностированием, патология является прямым показанием для проведения стоматологического лечения по восстановлению зубного ряда.

Специалистами Клиники Я информирован(-а) о том что метод протезирования «All on Four» - это метод восстановления зубного ряда БЕЗ костных пластик.

Целью протезирования, проводимого по методу «All on Four» / «Все на четырех» является полное восстановление зубного ряда. Метод «All on Four» / «Все на четырех» представляет собой установку четырех специальных имплантов в одну челюсть и закрепление на них несъемного протеза, изготавливаемого из современных материалов так, что ни визуально, ни функционально искусственные зубы и десна неотличимы от естественных. Протез имеет особую форму и закрепляется так, что даже при широкой улыбке его границы не видны. Технология метода позволяет избежать долгого периода ожидания приживления имплантов для последующего протезирования, а также десневой пластики для создания естественного вида новых зубов там, где их давно не было.

Метод «All on Four» - зарекомендовавшая себя технология восстановления полного зубного ряда за 1 (один) день с помощью временного протеза, который изготавливается в течение одного дня.

После консультации и диагностики составляется трехмерный проект лечения на основе компьютерной томограммы. В назначенный день с утра пациенту проводится манипуляция по установке четырех имплантов. После чего снимаются окончательные слепки и по ним в течение одного дня (срок изготовления не менее 10 часов) изготавливается несъемный протез, который врачом закрепляется на имплантах. Таким образом, к вечеру того же дня пациент приобретает красивую улыбку и жевательную функцию. Через полгода первичный временный протез заменяется на постоянный, который можно носить всю жизнь. В том случае, если во время ношения временного условно-съемного протеза в течение гарантийного срока (6 месяцев), произошло отторжение имплантов и для проведения повторной имплантации требуется изготовление и ношение временного полного съемного протеза, изготовление временного полного съемного протеза оплачивается Пациентом в соответствии с действующим на текущий момент прейскурантом со скидкой 50%. На изготовление временного условно-съемного протеза, который может понадобиться после ношения временного полного съемного протеза, также предоставляется скидка в размере 50% от текущей стоимости в соответствии с действующим на данный момент прейскурантом. В случае отторжения имплантов после истечения гарантийного срока на временный условно-съемный протез (более 6 месяцев) и отсутствия возможности адаптации имеющегося временного условно-съемного протеза к повторно установленным имплантатам, оплата изготовления нового временного условно-съемного протеза производится Пациентом в полном объеме в соответствии с действующим на текущий момент Прейскурантом Клиники.



При полном отсутствии кости в переднем и боковом отделах челюсти, имплантаты могут быть установлены в скуловую кость. Окончательное решение по установке имплантатов определяется только в процессе проведения манипуляции, что может повлиять на изменение первоначального плана лечения. При наличии костной ткани типа IV (мягкая кость) возможно ограничение по нагрузке имплантатов. В связи с этим пациенту будет установлен временный съемный протез для того, чтобы снизить риск неприживления имплантатов.

Все возможные варианты лечения по методу «All on Four» / «Все на четырех» доводятся до пациента лечащим Специалистом Клиники (врачом) на консультации.

Показания: метод «All on Four» разработан специально для сложных случаев: полное отсутствие всех зубов (адентия) или отсутствие более половины зубов и связанные с этим последствия — уменьшение объема костной ткани челюсти и десны.

При классической имплантации в таких случаях необходимо предварительно проводить костную пластику и, в последствии, десневую. Провести имплантацию по методу «All on Four» в 98 % случаев удастся без предварительной костной пластики.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что протезирование, проводимое сразу после процедуры «All on Four»/«Все на четырех», является **ВРЕМЕННЫМ**, проводится с целью быстрого восстановления зубного ряда. Временный протез изготавливается в течение 1 ДНЯ.

Он предназначен для частичного восстановления функции жевания, позволяет принимать только мягкую пищу в течение 2-х месяцев после установки. В этом случае контакт с антагонистами приходится только на передний отдел протеза, поэтому вся жевательная нагрузка приходится только на передние зубы. Данный протез не обеспечивает полноценного пережевывания жесткой пищи и не предназначен для этого. Временный протез, изготовленный за 1 ДЕНЬ, не может учесть все эстетические особенности пациента, т.к. изготавливается без примерки. Он не обеспечивает полноценного комфорта и требует адаптации к нему. В некоторых случаях протез может быть укорочен до 6-8 зубов, в особо сложных случаях, протез может быть съемным.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что сразу после процедуры «All on Four» возможны временные нарушения дикции, незначительное проявление асимметрии. Нарушение дикции, дискомфорт или боли проходят в течение 10 дней после проведения манипуляции. Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что недостатки временного протеза могут быть устранены во время его эксплуатации. Исправление некоторых нюансов могут потребовать снятия протеза для коррекции, что возможно **НЕ РАНЕЕ**, чем через 1,5 месяца после установки.

Учет всех пожеланий пациента по эстетике, контуру губ, зубов, прикусу возможно учесть только на стадии постоянного протезирования. Временный протез служит только для подготовки пациента к постоянному протезированию, при котором будут учтены все мои пожелания как пациента.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что в случае, если я отказываюсь от рационального протезирования зубов-антагонистов (на противоположной челюсти), а также отказываюсь от постоянного протезирования в установленные лечащим врачом сроки, то мне не может быть гарантирован качественный исход лечения, а именно полное приживление имплантатов и устойчивость конструкций на них зафиксированных.





Риски непосещения консультаций и/или отказа от лечения у врача-пародонтолога и врача-ортодонта до начала работ доведены до меня Специалистом Клиники (врачом) и понятны мне.

Я информирован(-а) о возможных осложнениях, времени их развития и исчезновения, методах и результатах коррекции:

- ощущения дискомфорта и болезненности первые несколько дней после манипуляции;
- травматический реактивный отек, синяк, которые возникают сразу после лечебных манипуляций и требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов;
- возможен перелом челюсти при удалении зуба;
- отторжение имплантатов;
- не исключено возникновение воспаления (остеомиелит, гайморит) — в области вмешательства, с возможной потерей зубов;
- перфорация дна гайморовой пазухи, или нижнего носового хода;
- повреждение нервных стволов и сосудов с потерей чувствительности (онемение) или болевым синдромом;
- повреждение глазницы, глаза, подглазничного и иных нервов;
- аллергические осложнения, связанные с приемом лекарственных средств (крапивница, обморок, коллапс, шок).

Я информирован(-а), что при проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, гематомы, затруднения открывания рта, болезненности в месте укола, травмы ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

Я информирован(-а), что:

- методами реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению являются: выполнение рекомендаций Специалиста Клиники (врача), посещение Клиники для контрольных осмотров, антибактериальная терапия, плотное ушивание раны.
- методами первичной и вторичной профилактики являются: соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение профилактических осмотров 1 раз в полгода.

Я сообщил(-а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Сообщаю о наличии следующего запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства:

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

Я согласен (-сна) на тип анестезии по выбору моего доктора.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Я согласен(-сна) на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по повышению уровня квалификации врачей хирургов – имплантологов без указания моего имени и фамилии.

Подписанием настоящего согласия я прошу предоставить мне медицинские услуги, включая установку имплантатов и другие манипуляции.

Я полностью понимаю, что вовремя и после процедуры, манипуляции и лечения, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости. Я ознакомлен(-а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7-702 494 44 19

Информированное добровольное согласие на восстановление зубного ряда по методу All on Six (Всё на шести)

Подписанием Заявления на присоединение к Договору Я подтверждаю что согласен(-сна) с тем, что имеющаяся у меня, подтвержденная диагностированием, патология является прямым показанием для проведения стоматологического лечения по восстановлению зубного ряда.

Специалистами Клиники Я информирован(-а) о том, что суть методики заключается в установке на полностью беззубой челюсти шести имплантатов, на которых в дальнейшем проводится условно-съемное протезирование с немедленной нагрузкой. Два имплантата устанавливаются в переднем отделе зубного ряда, два сбоку недалеко от первых под небольшим углом и два на отдаленных жевательных зубах также под углом. Затем устанавливается временный протез, соединяющий импланты металлическим бюгелем. Это позволяет сохранять неподвижность конструкции до полной остеоинтеграции (вживления имплантата в кость челюсти). После окончания остеоинтеграции временную конструкцию меняют на постоянную — более надежную и красивую.

All on Six имплантация зубов — это усовершенствованная методика более раннего метода All-on-Four. Проведенное на ее основе протезирование зубов имеет расширенные показания и выдерживает большие нагрузки. С появлением этой методики значительно снизились показания для пластических операций по увеличению объема костной ткани челюсти, протезирование зубов на 6 имплантах стало доступно для лиц, страдающих хроническими заболеваниями пародонта.

Специалист Клиники (врач) информировал меня, что применение данной методики независимо от возраста рекомендуется при следующих состояниях:

- полное отсутствие единиц в зубном ряду (адентия), в том числе продолжительное время с формированием атрофии кости легкой и средней степени;
- частичная адентия при сохранении нескольких зубов, не подлежащих восстановлению (их удаляют);
- адентия в сочетании с остеопорозом (хрупкостью кости в результате утраты минералов костной тканью) легкой и средней степени;
- адентия в сочетании с воспалительными и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями околозубных тканей (пародонтитом, пародонтозом) в состоянии ремиссии после проведенного лечения;
- адентия на фоне длительного курения с нарушением кровообращения и атрофией костной ткани легкой и средней степени — при условии прекращения курения или значительного снижения числа выкуриваемых сигарет;
- крупные челюстные кости и мощные жевательные мышцы (преимущественно у мужчин), не выдерживающие конструкцию, установленную на четырех имплантатах;
- бруксизм (ночное непроизвольное скрежетание зубами);
- желание пациента сменить съемный протез (его ношение обычно сочетается с атрофией костной ткани) на протезирование на имплантатах.



БИН: 230240007754
Email: ryadomsv@gmail.com
+7 702 494 44 19



Перед операцией пациент должен подписать добровольное согласие: «Даю согласие на проведение мне операции имплантации зубов».

Мне известно, что абсолютными противопоказаниями для проведения All on Six имплантации зубов может быть только тяжелая степень атрофии костной ткани челюсти (если зуб отсутствовал длительное время) в сочетании с невозможностью или несогласием пациента с проведением костной пластики или скуловой имплантации.

Все остальные противопоказания — относительные. Это значит, что после проведенного лечения и устранения какой-то патологии, проведение операции возможно. К относительным противопоказаниям относятся:

- обострение хронических воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваний пародонта — пародонтитов и пародонтозов;
- кариес зубов и его осложнения;
- нарушения со стороны свертывающей системы крови;
- любые острые заболевания и обострения хронических заболеваний с нарушением их функции (работы);
- иммунодефициты (СПИД) и аутоиммунные процессы (ревматоидный артрит и др.);
- онкологические заболевания;
- декомпенсированный (с повышением сахара в крови) сахарный диабет;
- тяжелые психические заболевания и нелеченные зависимости (алкоголизм, наркомания);
- беременность.

Преимущества и недостатки имплантации All on Six

Плюсами имплантации All on Six зубов являются:

- возможность проведения операции при атрофии челюстной кости средней степени без предварительной костной пластики;
- возможность при необходимости проведения одновременно с имплантацией подсадки костного материала;
- возможность при значительной атрофии челюстной кости установки имплантатов не в области альвеолярного отростка, а в твердые устойчивые кости черепа (скуловую и др.);
- минимальное травмирование околозубных тканей, в том числе ветвей тройничного нерва на верхней и нижней челюстях;
- значительное снижение числа противопоказаний для данного вида имплантации зубов;
- эстетичность конструкции — она практически не отличается от натуральных зубов;
- максимальная устойчивость конструкции сразу же после проведения протезирования, позволяющая создать условия для быстрого приживления искусственных корней;
- отсутствие перегрузки боковых зубов и короткий адаптационный период с последующим полным отсутствием дискомфорта при жевании и разговоре;
- отсутствие небной пластинки на протезе верхней челюсти позволяет пациенту сохранять все вкусовые оттенки и легко ухаживать за ним;
- быстрая установка искусственных корней и протезирование на них с немедленной нагрузкой занимает не более трех дней;
- длительный срок службы — имплантаты при правильном уходе за полостью рта могут прослужить всю жизнь, протез — от 2 до 10-15 лет, после чего его можно будет легко поменять;



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

7 702 494 44 19



- цена — она значительно меньше, чем при классической имплантации, когда искусственные корни зубов устанавливаются в каждую лунку.

Минусов у имплантации All on Six практически нет.

Я информирован(-а), что для протезирования на 6 имплантах используют два вида конструкций:

- **Временные (адаптационные)** — устанавливаются сразу после имплантации зубов All on Six. Это легкие пластмассовые конструкции или более надежные из металлопластмассы. Они могут служить до 3 лет, но постепенно начинают стираться; при желании адаптационный протез можно заменить на постоянный сразу после окончания остеоинтеграции, то есть, приблизительно через 4 — 12 месяцев. Выделяют два вида временных моделей:

бескаркасные — имеют акриловое основание (базис), на котором установлены пластмассовые зубы; не содержат металла, поэтому для надежности базис делают массивным;
с металлическим каркасом внутри — это дополнительный укрепляющий элемент, металлический бюгель или балка; это делает конструкцию более надежной, менее объемной и комфортной для ношения.

- **Постоянные** — устанавливаются в основном после адаптационных, но иногда и сразу после All-on-6 имплантации зубов. Такие модели могут изготавливаться из разных материалов, выдерживать высокую жевательную нагрузку и служить до 15 и более лет. Модель представляет собой металлический каркас из титана, никель-хромовых сплавов или циркония, покрытый современными видами пластика (в основном акрилом) с коронками из разных стоматологических материалов: керамокомпозита, металлокерамики, диоксида циркония или керамики E.max. Такой протез изготавливается при помощи цифровых технологий и полностью соответствует контурам десны пациента. Ношение его комфортно и со временем пациент не ощущает присутствие во рту какой-то конструкции.

Специалист Клиники (врач) информировал меня, что после проведения имплантации на 6 имплантах для быстрой и полноценной остеоинтеграции и снижения риска осложнений нужно соблюдать все его рекомендации.

На этапе раннего послеоперационного периода следует:

- придать голове возвышенное положение — профилактика нарастающего отека мягких тканей и связанной с ним болезненности;
- приложить к лицу холод — это предупредит потерю крови, снимет отек и боль;
- принимать все лекарства, назначенные врачом и делать ротовые ванночки с антисептическими растворами;
- пить можно через 3 часа, употреблять жидкую и полужидкую пищу нейтральной температуры — через 5 часов после операции.

ЗАПРЕЩЕНО: курить, полоскать рот (механические движения жидкости могут повредить конструкцию), прикладывать к лицу тепло, употреблять холодную, горячую, соленую, сладкую и острую пищу, алкоголь, принимать горячую ванну, париться в бане и сауне.



БИН 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19



Чтобы процесс остеоинтеграции закончился быстрее и без осложнений, следует соблюдать следующие правила:

- больше двигаться, гулять на свежем воздухе, закаляться — это укрепляет иммунитет, позволяет успешно бороться с инфекцией;
- регулярно питаться, употребляя достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов; консистенция блюд сначала должна быть мягкой, но постепенно нужно переходить на обычный рацион.

Процесс остеоинтеграции могут нарушить: употребление твердых (орехи) и вязких (ириски, жвачки) продуктов, неумеренное курение, употребление алкоголя, тяжелые физические нагрузки, сильные или затяжные стрессы.

Я ознакомлен(-а) со следующими рекомендациями Специалиста Клиник (врача) по уходу за полостью рта после протезирования на 6 имплантах:

- в течение семи дней после имплантации — гигиена осуществляется только при помощи ванночек с отварами и настоями растений (коры дуба, шалфея, цветков календулы и др.);
- на 8-ой день можно по утрам и вечерам чистить зубы мягкой зубной щеткой с неабразивной зубной пастой, а также полоскать рот после каждого приема пищи;
- на 15-ый день можно промывать промежутки между зубами с застрявшей пищей струей воды из ирригатора;
- каждые 4 — 6 месяцев посещать стоматолога-гигиениста для снятия и профессиональной чистки протеза;
- не реже раза в год посещать стоматолога-ортопеда для наблюдения за состоянием конструкции.

Я извещен(-а) о том что имплантация с последующей установкой протеза на 6 имплантах в подавляющем числе случаев проходит без каких-либо осложнений. Но единичные осложнения все же случаются. Они могут быть связаны с особенностями строения и функционирования околозубных тканей пациента. Достаточно часто осложнения встречаются на фоне неумеренного курения пациентов, что приводит к нарушению кровообращения и отторжению имплантатов. Все осложнения можно разделить на ранние (возникающие в первые несколько недель после операции) и поздние, развивающиеся в период остеоинтеграции (в течение 4 — 12 месяцев после операции) искусственных корней зубов.

Ранние осложнения:

- повышенная кровоточивость — в норме она небольшая и проходит на первые-вторые сутки; если же, напротив, нарастает, нужно обращаться к врачу;
- покраснение, отек, боль в месте имплантации — признак воспаления, также в норме быстро проходит за несколько дней; при присоединении инфекции и нарастании таких симптомов, появлении гноя, лихорадки, обязательно нужно обращаться к стоматологу;
- расшатывание имплантатов — признак их отторжения; обычно является следствием их неправильной установки или острой воспалительной реакции — требует срочной медицинской помощи.





Поздние осложнения:

- инфекционно-воспалительные процессы в околозубных тканях (периимплантиты); причиной чаще всего бывают несоблюдение пациентом рекомендаций врача и гигиены полости рта; появляется неприятный запах изо рта, гнойные выделения, расшатывание имплантатов; самостоятельно справиться с этой ситуацией невозможно, нужна помощь лечащего врача;
- отторжение одного или сразу нескольких имплантатов — встречается редко, в основном у курильщиков и лиц со сниженным иммунитетом на фоне периимплантита; что делать, лечить или удалять конструкцию, решает стоматолог.

Когда необходима экстренная помощь Срочное обращение за медицинской помощью требуется, если появились такие симптомы:

- нарастающее кровотечение;
- боль в месте имплантации в сочетании со значительным повышением температуры тела, головной болью, недомоганием;
- отечность щеки с небольшой (субфебрильной) температурой в течение трех и более дней после операции;
- неприятный запах изо рта и выделение гноя из десен;
- ощущение неустойчивости конструкции, расшатывание имплантов.
- осмотров 1 раз в полгода.

Я сообщил(-а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Сообщаю о наличии следующего запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства:

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

Я согласен (-сна) на тип анестезии по выбору Специалиста клиники (врача). Я согласен (-сна) на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен(-сна) на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по повышению уровня квалификации врачей хирургов – имплантологов без указания моего имени и фамилии.

Подписанием настоящего согласия я прошу предоставить мне медицинские услуги, включая установку имплантатов и другие манипуляции.

Я полностью понимаю, что вовремя и после процедуры, манипуляции и лечения состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.





Рядом с Вами
стоматологическая клиника

ТОО "NRT ЦЕНТР ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ"

Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости. Я ознакомлен(-а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения (лечение корневых каналов)

Подписанием Заявления на присоединение к Договору Я подтверждаю что согласен(-сна) с тем, что имеющаяся у меня, подтвержденная диагностированием, патология является прямым показанием для проведения стоматологического лечения корневых каналов.

1. Мне разъяснено, что данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

2. Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга является платной, а также проинформирован, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного социального медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

3. Целью эндодонтического лечения является предупреждение появления инфекции или максимально возможное удаление ее из корневых каналов зуба, устранение заболевания тканей, окружающих корень (корни) зуба, предупреждение развития осложнений, восстановление функции зуба. В то же время, важно учитывать, что невозможно добиться полного удаления инфекции из системы корневых каналов. Пациент заранее уведомлен и согласен, что лечение сложных зубов при наличии сильного поражения каналов может привести к дальнейшему удалению зуба, в случае если лечение окажется не эффективным. Данное обстоятельство не означает, что лечение было оказано не в полной мере, в данном случае имеет место физиологические факторы организма пациента.

4. Сущность медицинского вмешательства.

При эндодонтическом лечении доктор создает доступ к корневым каналам зуба, выполняет их механическую и медикаментозную обработку для удаления распада тканей и инфекции, проводит постоянное пломбирование специальными материалами и изоляцию доступа с целью герметизации всей корневой системы.

После эндодонтического лечения необходимо обязательно восстановить зуб пломбой, вкладкой, накладкой или коронкой. Вид реставрации определяется степенью разрушения коронковой части зуба. При небольших и средних дефектах зуб можно восстановить пломбой, вкладкой или накладкой. При обширном дефекте в корневом(-ых) канале(-ах) фиксируется штифт(-ы) и проводится восстановление пломбировочным материалом или в зуботехнической лаборатории изготавливается литая культевая штифтовая вкладка, которая фиксируется на цемент. Сверху такого восстановления устанавливается металлическая, керамическая или металлокерамическая коронка.

5. Альтернативные методы лечения. Альтернативой первичному или повторному эндодонтическому лечению является зубосохраняющие хирургические вмешательства (резекция верхушки с постановкой ретроградной пломбы или ампутация корня, гемисекция зуба), удаление зуба.

6. Возможные осложнения и риски. Анатомия зуба и его системы корневых каналов делает невозможным извлечение всех потенциально инфицированных тканей, находящихся в этой системе. Хотя все лечебные мероприятия направлены на создание условия для полноценной дезинфекции, obturации и герметизации всего внутреннего пространства корневого канала, патогенные микроорганизмы могут начать размножаться и вызвать первичное околокорневое заболевание или обострение ранее имеющегося. Этому способствует: чрезмерная нагрузка на

БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19





зуб, появление острых и хронических общесоматических заболеваний, нарушение герметичности реставрации, установленной на зуб, повторное поражение зуба кариесом, травма зуба. В этом случае, возможно, потребуется повторное лечение системы корневых каналов и(или) применение хирургических методов лечения.

Обязательные условия для сохранения результата эндодонтического лечения и сохранения гарантийных обязательств следует:

1. Я осведомлен что, после проведения эндодонтического лечения имеется необходимость усилить зуб коронкой на ранее леченный зуб, только в том случае лечение считается завершенным. При несоблюдении рекомендаций специалиста клиника оставляет за собой право не соблюдать гарантийные сроки и не несет ответственность за возможные осложнения после завершения лечения

2. Я осведомлен что, эндодонтическое лечение проводится в одно или более посещений и при несоблюдении графика посещений, установленных специалистом, клиника не несет ответственности за возможные последующие осложнения в процессе лечения, так же клиника оставляет за собой право прекратить гарантийные условия с пациентом

При первичном эндодонтическом лечении врач, использующий современное оборудование (операционный микроскоп, ультразвуковые приборы и т. п.) может получить успех лечения в 91-97% случаев. Проведение лечения без использования дополнительного оборудования возможно, но снижает процент успешного лечения.

Однако, даже при соблюдении наивысшей степени заботливости и осмотрительности в процессе лечения, возможны следующие риски:

- при лечении искривленных, кальцифицированных или облитерированных корневых каналов имеется более высокий процент поломки инструментов и перфораций корня. Эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения;

- анатомические особенности строения зуба могут не позволить провести полноценную механическую и медикаментозную обработку системы корневых каналов, что может привести к потере зуба;

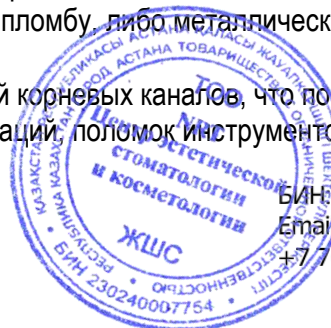
- во время лечения системы корневых каналов возможна поломка инструмента, которая создаст дополнительные трудности. Иногда отломок нельзя извлечь и его можно обойти и полноценно obturировать корневой канал. Иногда это не представляется возможным и нужны будут другие манипуляции, в том числе пломбировка канала без извлечения сломанного инструмента;

- в отдельных случаях эндодонтическое вмешательство может привести к обострению заболевания и сопровождаться болью, отеком, повышением температуры и другими последствиями. В этом случае могут потребоваться назначения лекарственных средств и(или) дополнительные вмешательства;

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, что в свою очередь приведет к неудаче эндодонтического лечения и последующему возможному удалению зуба.

При нехирургическом повторном эндодонтическом лечении процент успеха лечения значительно снижается, что связано:

- с резким снижением доступности к системе корневых каналов;
- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией или облитерацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорации, отломки инструментов).



Безуспешность эндодонтического лечения может стать причиной удаления зуба, развития острых и(или) хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также острых и(или) хронических воспалительных общесоматических заболеваний.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому в будущем.

Иногда для уточнения диагноза необходимо выполнить первые этапы лечения – анестезию, рентгеновские снимки, удаление пломбы (коронки), частичную обработку корневых каналов и. т. п. после чего предварительный план лечения может претерпеть изменения.

В ряде случаев лечение корневых каналов является пробной попыткой сохранения зуба. Такая ситуация возникает, когда на момент обращения уже имеются относительные показания к удалению зуба. Лечение в таких случаях является сложным, длительным и дорогостоящим. В дальнейшем могут появиться абсолютные показания к удалению зуба и его нужно будет удалить.

Особенности эндодонтического лечения зубов, покрытых коронками. При возникновении необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, необходимо нарушение целостности коронки или ее снятие с зуба. В этом случае возможны следующие осложнения:

- при создании доступа к корневым каналам коронка может быть необратимо повреждена, что потребует ее замены;
- при попытке снять коронку, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

7. Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба в течение 1-3 недель после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба, либо потребовать повторного лечения системы корневых каналов. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования на этапах эндодонтического лечения, а также рентгенологический контроль в будущем согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров. Я осознаю, что для проведения эндодонтического лечения может потребоваться несколько посещений и строгое выполнение указаний врача, в противном случае, эндодонтическое лечение не будет успешным. Мне понятно, что после завершения лечения необходима явка на контрольные осмотры через 6, 12, 24, 36 и 48 месяцев (+- 4 недели).

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

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я осознаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.



БИН: 230240007754

Email: ryadomsv@gmail.com

+7 702 494 44 19