

Дополнительное соглашение № _____
о проведении операции дентальной имплантации
к договору оказания платных стоматологических услуг
от « _____ » _____ 20 ____ г.

г. Ханты-Мансийск

_____ 20 ____ г.

БУ ХМАО-Югры "Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника", находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года №1028600508925 от 06.05.2002г., выданное Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты -Мансийскому автономному округу, Лицензия № ЛО-86-01-001942 от 10.11.2014, выданное Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны,

и гражданин (ка) *ФИО Пациента (Законного представителя):*

действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица: ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Предмет дополнительного соглашения

1.1. Исполнитель обязуется осуществить лечение Пациента с использованием дентальных имплантатов, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить проведённое лечение и соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения, так и последующих профилактических мероприятий.

2. Обязанности Исполнителя

2.1. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства.

2.2. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о возможных осложнениях стоматологической имплантации как в реабилитационный период, так и в последующее время.

2.3. Согласовать с Пациентом (Законным представителем) количество имплантатов, подлежащих установке, основываясь на необходимости последующего рационального протезирования.

2.4. Организовать лечение Пациента с установкой имплантатов в количестве, согласованном в п.2.3.

2.5. Провести операцию имплантации качественно, с соблюдением всех требований и показаний по технологии.

2.6. Обеспечить послеоперационное наблюдение Пациента, включая снятие швов, оказание помощи в случае осложнений.

2.7. Предоставить Пациенту (Законному представителю) всю необходимую информацию по операции, домашнему уходу и возможным осложнениям.

2.8. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты.

2.9. В случае возникновения осложнений, приведших к удалению имплантата, провести повторную операцию имплантации бесплатно с предоставлением в случае необходимости нового имплантата, либо возратить Пациенту (Законному представителю) стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости расходных материалов, медикаментов и имплантатов. Пациент (Законный представитель) вправе заявить требование о проведении повторной операции либо о возврате стоимости услуги в течение одного года со дня проведения первоначальной операции при условии строгого соблюдения графика контрольных осмотров и профилактических мероприятий.

3. Обязанности Пациента (Законного представителя)

3.1. Совместно с представителем Исполнителя заполнить Анкету о состоянии здоровья.

3.2. Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, указанной в анкете о состоянии здоровья.

3.3. Получить весь объём комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя.

3.4. Надлежащим образом и своевременно выполнять все врачебные рекомендации, данные хирургом по домашнему уходу, гигиене, приёму назначенных препаратов.

3.5. Прийти на приём к врачу для снятия швов, для контрольных и профилактических осмотров, для последующих наблюдений, в назначенное время.

3.6. В случае возникновения осложнений, связанных с послеоперационным состоянием, или в дальнейшем, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу Исполнителя, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

4. Оплата услуг

4.1. Оплата услуг Исполнителя за хирургическое лечение осуществляется Пациентом (Законным представителем) в соответствии с утвержденной Информацией о ценах, на основании предварительного расчёта стоимости, который составляет Исполнитель и подписывает Пациент (Законный представитель) на предварительной консультации.

4.2. Пациент (Законный представитель) до операции производит плату в размере 100 % за назначенное хирургическое вмешательство наличными в кассу Исполнителя или безналичным расчетом через терминал в кассе Исполнителя.

4.3. Окончательное количество необходимых материалов может определить только врач в ходе операции. Сумма за использованные в ходе операции материалы может превышать оговоренную сумму. Пациент (Законный представитель) подписывает окончательный расчёт стоимости после проведения операции по имплантации и при необходимости осуществляет доплату.

5. Особые условия

5.1. Настоящим дополнительным соглашением Пациент (Законный представитель) подтверждает, что он надлежащим образом уведомлён обо всех существенных обстоятельствах проводимого лечения и его возможных последствий, в том числе:

5.1.1. о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства;

5.1.2. об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации, а также о том, что успех применяемого метода составляет не менее 95% и в случае неудачи возможно обычное протезирование;

5.1.3. о том, что Пациенту (Законному представителю) известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов;

5.1.4. о том, что предлагаемое Пациенту лечебное мероприятие проводится под местной анестезией;

5.1.5. о том, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия;

5.1.6. о том, что в ходе операции может потребоваться дополнительный рентгенологический контроль;

5.1.7. о том, что Исполнитель не несёт ответственности при возникновении медицинских и иных осложнений по вине Пациента, в том числе из-за: несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, а также из-за неявок Пациента на взаимосогласованные приёмы, в том числе профилактические.

5.2. Подписав настоящее дополнительное соглашение Пациент (Законный представитель) выражает своё согласие на то, что тип ортопедической конструкции на имплантатах определяется Исполнителем. Если Заказчик настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке с отнесением на Пациента (Законного представителя) всех финансовых расходов по проведённому лечению.

5.3. Если Пациент (Законный представитель) после операции обратился к другому врачу или в другую медицинскую организацию, где ему провели какое-либо лечение без согласования с лечащим врачом, проводившим операцию у Исполнителя, с последнего снимается ответственность за результат лечения и обязательство о повторной бесплатной установке имплантата в случае его отторжения.

5.4. Настоящее Дополнительное соглашение подготовлено в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

5.5. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора оказания платных стоматологических услуг. Вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

6. Реквизиты сторон

Исполнитель
Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская
клиническая стоматологическая поликлиника»
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина 75
Тел.: приемная (3467) 351-700, регистратура - 351-744

Главный врач

Подпись _____ В.А. Казакова

___ 20__ г.

Пациент/ Законный представитель

Адрес:

Тел.

Подпись _____

___ 20__ г.