



**Типовой договор
на оказание услуг по имплантации
(Типовая форма)**

Настоящий договор на оказание услуг по имплантации является **публичным договором и договором присоединения**, который регулирует отношения между Товариществом с ограниченной ответственностью «Жан 65» (стоматология «TIARA DENTAL CLINIC»), действующим на основании государственной лицензии №22009148 от 13.05.2022 года (далее – Клиника), и клиентом (далее – Клиент), совместно именуемые «Стороны».

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Клиника обязуется оказать комплекс хирургических мер и ортодонтических манипуляций с целью восстановления пробелов зубного ряда Клиента, результатом которых является установленный Клиенту конечный продукт в виде зубных протезов-имплантатов (далее услуга именуется «имплантация»). Клиент соглашается получить от Клиники услуги имплантации и оплатить ее на условиях, изложенных в настоящем Договоре (далее - Договор).

1.2. 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.

1.3. Акцептом оферты и фактом присоединения к настоящему Договору является подписанное Клиентом Заявление о присоединении к Договору.

1.4. Присоединяясь к настоящему Договору, Клиент заранее соглашается со следующим информированным согласием на вид планируемого медицинского вмешательства:

- Приложение №1 к Договору - Информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов).

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. оказать Клиенту качественную услугу имплантации в соответствии с действующими правилами и с учетом пожеланий Клиента.

2.1.2. ознакомить Клиента с условиями оказания услуг имплантации в Клинике, информировать Клиента о возможных осложнениях, которые могут возникнуть после осуществления имплантации, как в реабилитационный период, так и в последующее время.

2.1.3. ознакомить Клиента с правилами гигиены полости рта и профилактическими мероприятиями, необходимыми для успешного осуществления имплантации.

2.1.4. 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 имплантации и индивидуальных особенностей и состояния организма Клиента.

2.1.5. Объяснить Клиенту суть Информированного согласия на дентальную имплантацию (Приложение №1 к настоящему Договору).

2.2. Клиент обязуется:

2.2.1. ознакомиться с условиями оказания услуг имплантации в Клинике, с информацией о возможных осложнениях, которые могут возникнуть после осуществления имплантации, как в реабилитационный период, так и в последующее время.

2.2.2. предоставить Клинике информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для оказания услуги имплантации, и подтвердить свою ответственность за объективность и достоверность такой информации в анкете и формуляре согласия на имплантацию, предложенных для заполнения Клиникой.

2.2.3. 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, так как это влияет на срок службы зубных имплантов.

2.2.4. в согласованное с врачом-стоматологом время прибыть в Клинику для выполнения хирургической операции по имплантации.

2.2.5. оплатить услуги имплантации Клинике согласно действующему в ней прейскуранту цен.

2.2.6. после операции в течение реабилитационного периода, а при необходимости — и извещать Клинику для проведения профилактических осмотров и мероприятий, необходимых для успеха.

2.2.7. получать весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с произведенной имплантацией, только в Клинике, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.2.8. Ознакомиться с Информированным согласием на дентальную имплантацию (Приложение №1 к настоящему Договору).

2.3. 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 имплантации.

2.4. В течение реабилитационного периода Клиент будет проходить регулярные осмотры у специалиста Клиники и выполнять все предписанные Клиникой рекомендации. Нарушение этого правила освобождает Клинику от ответственности перед Клиентом и дает ей право требовать от Клиента оплаты

расходов, вызванных необходимостью проведения дополнительных консультаций и медицинских процедур.

3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена на услуги имплантации определена в прейскуранте цен Клиники, действующем по состоянию на момент осуществления Клиентом платежа.

3.2. Оплата хирургической части услуг имплантации производится в день проведения операции. Оплата ортопедической части имплантации производится в день первого посещения врача ортопеда-имплантолога.

3.3. 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.

4. ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА

4.1. При условии надлежащего соблюдения Клиентом всех рекомендаций и правил, изложенных в настоящем Договоре и других документах Клиники, с которыми Клиент был ознакомлен и на выполнение которых он дал свое согласие, Клиника гарантирует, что установленный зубной имплант будет отвечать своему назначению и выполнять свои функции в течение не менее 12 месяцев с момента его установки в полость рта.

4.2. Клиент осознает и соглашается с тем, что имплантированный зубной протез не может быть более прочным, эффективным, удобным и долговечным, чем аналогичный ему природный зубной материал.

4.3. Клиент также принимает на себя всю ответственность за любое использование имплантированного зубного протеза не по его основному назначению, а также за несоблюдение требований и рекомендаций Клиники и за все негативные последствия такого использования.

4.5. Гарантия, предоставленная Клиенту в соответствии с п.4.1. Договора, досрочно прекращается в следующих случаях:

а) если Клиникой будет установлено, что Клиент осуществлял процедуры, связанные с произведенной ему в Клинике имплантацией, в том числе протезирование на установленном импланте, в ином лечебном учреждении, вне зависимости от объемов полученной Клиентом медицинской услуги;

б) если в течение гарантийного периода будет установлено, что состояние имплантата ухудшилось вследствие несоблюдения или иного нарушения Клиентом предписаний и(или) рекомендаций Клиники, допущенного им как в течение реабилитационного периода, так и в течение гарантийного срока;

в) если будет установлено, что состояние имплантата ухудшилось по причинам иным, не зависящим от Клиники, в частности, по причине перенесенных заболеваний, травм и физического повреждения и тому подобных обстоятельств.

4.6. Во всех случаях, указанных в п.4.5. Договора, Клиент будет оплачивать все лечебные мероприятия по ценам и тарифам Клиники, действующим на момент соответствующего обращения за медицинской помощью.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Клиент настоящим осознает и соглашается, что несмотря на высокий профессионализм и опыт специалистов Клиники, успешный результат имплантации 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 имплантации и по его окончании.

5.2. В силу изложенного выше, Клиент соглашается достоверно и заблаговременно о состоянии своего здоровья и перенесенных заболеваниях, а также всячески способствовать Клинике в установлении истинных причин, повлекших за собой ухудшение состояния имплантата.

5.3. В случае если в процессе имплантации станет ясным, что Клиника не сможет обеспечить Клиенту успешный результат имплантации, Клиент будет уведомлен об этом Клиникой. В таком случае Клиент будет вправе отказаться от дальнейшего получения услуги имплантации и возместит Клинике фактически понесенные ею расходы по оказанию Клиенту услуги до момента отказа.

5.4. При отторжении импланта вне гарантийные сроки, при условии, что отторжение не было вызвано нарушением обязательств со стороны Клиники или нарушения Клиентом условий настоящего договора или рекомендаций Клиники, клиника, по желанию Клиента, проведет повторную имплантацию с предоставлением Клиенту скидки в размере (по согласованию) от стоимости услуг по имплантации не прижившегося импланта.

5.5. Каждая из Сторон обязуется соблюдать конфиденциальность содержания настоящего Договора, если иное не будет письменно согласовано Сторонами.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ОТКАЗ ОТ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента присоединения к нему Клиента и считается заключенным на неопределенный срок.

6.2. Помимо всего прочего, Клиент будет вправе в любое время отказаться от услуг Клиники, возместив ей понесенные расходы, в размере, указанном в п. 5.3. Договора.

6.3. Клиника будет вправе отказаться от оказания Клиенту услуг имплантации в случае, несоблюдения Клиентом принятых на себя по настоящему Договору обязательств, а также в случае, если пожелания Клиента в отношении имплантируемого ему зубного импланта вступят в противоречие с медицинской целесообразностью имплантации такого рода зубных имплантов, 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.

6.4. 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.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. 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.

7.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

Клиника

ТОО «ЖАН 65»

г. Астана, ул. Керей Жанибек хандар, 16, офис 5

БИН: 211040008972

ИИК: KZ23722S000010508117

БИК: CASPKZKA

<https://astana.tiaradental.kz/>

Клиент

Примечание: данный договор заключается путем подписания Клиентом заявления о присоединения.

Приложение №1

к Договору на оказание услуг по имплантации

Информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)

Я, даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство Дентальная имплантации (имплантация зубов),

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

Я полно 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 внутри

ротовой донорской области. Данное оперативное вмешательство со мной согласовано заранее.

Мне сообщено о возможных осложнениях после дентальной имплантации: боль, покраснение, отёк, 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. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Мой 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 видеоплёнку и другие процедуры, сопряжённые 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, по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное

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 также, 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 предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни. Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.