

## Гарантийные обязательства при имплантации зубов.

г. Нижний Новгород

{=Дата.Сегодня}

### Гарантии при протезировании на имплантатах.

КЛИНИКА предоставляет гарантию два года на ортопедические конструкции, опирающиеся на дентальные имплантаты, с момента установки конструкции в полость рта.

#### Условия предоставления гарантии:

- прохождение каждые 6 месяцев контрольного осмотра у стоматолога-хирурга либо у стоматолога-ортопеда и при необходимости проведение профессиональной гигиены полости рта.
- регулярное использование ирригатора.
- последовательное выполнение всех этапов и сроков утвержденного плана лечения (терапевтического, ортодонтического, хирургического и ортопедического).
- соблюдение пациентом сроков протезирования после операции, прописанных в Имплантологической карте пациента.
- соблюдение пациентом ограничений по курению (не более 10 сигарет в сутки) и требований к гигиене полости рта.

#### **При отторжении имплантата(ов).**

- в случае, если полное отторжение имплантата(ов) произошло до завершения протезирования, пациенту предоставляется возможность повторной установки имплантата(ов) за счет Клиники.
- в случае, если полное отторжение имплантата(ов) произошло в течение двух лет с момента установки ортопедической конструкции, пациенту предоставляется возможность повторной установки имплантата(ов) за счет Клиники, и повторное протезирование со скидкой 50% относительно действующего прейскуранта.
- если Пациент отказывается от повторной имплантации, ему возвращаются оплаченные денежные средства за установленный(ые) имплантат(ы), за вычетом стоимости костнопластических операций, стоимости использованных костнопластических материалов и стоимости ортопедических работ.

#### **Клиника не несет ответственность за результат дентальной имплантации при:**

- несоблюдении Пациентом гигиены полости рта, несоблюдении ограничений по курению (не более 10 сигарет в сутки), невыполнении назначений и рекомендаций врача, несоблюдении Пациентом послеоперационных рекомендаций, при несвоевременном сообщении о возникших осложнениях;
- отторжении имплантата(ов) в результате соматического заболевания.
- обращении в другую клинику по поводу послеоперационных вмешательств, либо самостоятельном вмешательстве пациента в послеоперационное поле;
- несоблюдении рекомендованного плана лечения по срокам и объему лечения, и(или) отказе от протезирования в Клинике;
- возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ;
- отторжении имплантата(ов) вследствие нарушения правил эксплуатации и чрезмерной нагрузке на имплантат(ов).
- осложнениях, возникших вследствие обоснованного профессионального риска;
- возникновении осложнений, соответствующих объему медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания.

Исполнитель, подпись: \_\_\_\_\_ (Арутюнян Т. А.)

**С гарантийными обязанностями и условиями их предоставления ознакомлен и согласен.**

Заказчик, подпись: \_\_\_\_\_ {=Пациент.Фамилия.И.О.}

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.  
**Операция установки дентальных имплантатов, костная и мягкотканная пластика**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

**Я {=Пациент.ФИО},**

проинформирован(а) о поставленном после обследования о диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики. От альтернативного плана лечения с использованием съемного протезирования пластиночными протезами я отказываюсь в пользу протезирования с опорой на имплантатах.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые и костно-пластические материалы, и будут наложены швы. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами. Вид будущего протеза определяется доктором и фиксируется в пален ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом. Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прайсу Исполнителя на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты.

Я информирован(а), что во время и после операции, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- Воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы;
  - возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
  - боль, отек, гематомы, общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.
- Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен (на), что невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде не приживления имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. В то же время Исполнитель может провести повторную операцию и, при необходимости, применить костно-пластические материалы для повторной операции. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные пациентом острые травмы, снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов перед операцией и в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания. Понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного не реже 1 раза в 3 месяца).

Я информировал врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время. Я предупрежден о том, что должен незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты,

шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, онемение и отеки десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема лекарственных препаратов.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом.

Я информирован(а), что при отказе от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я информирован о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике. Меня уведомили, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться до установки имплантатов, в момент установки имплантатов, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием. Невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты хирургического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае несоблюдения условий гарантии и врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаюсь права на гарантию на все результаты оказанных услуг. Я уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов и корней острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, не приживление, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я предупрежден о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я информирован (а) о том, что протезирование будет проведено в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки, установленные врачом, должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования. Мне разъяснили, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний. Я уведомлен, что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбирочным материалом. Материал подлежит последующей коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов на может происходить отклейка основания от титановой базы или раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной услуги. Атрофия костной ткани до 2мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой. Я уведомлен о необходимости после протезирования на имплантатах обязательно использовать для самостоятельной гигиены ирригатор полости рта и проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в бмесяцев. Я знаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прайсу клиники.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинские вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент: \_\_\_\_\_ / {=Пациент.Фамилия.И.О.} дата {=Дата.Сегодня}  
(подпись пациента)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача)