

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН:

Исполнитель обязан:

- проинформировать пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации как в реабилитационный период, так и в последующее время;
- проинформировать пациента о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании протезами с опорой на имплантаты;
- проводить осмотры пациента в послеоперационный период;
- в случае неудачной имплантации в течение первого года со дня операции по желанию пациента операция имплантации либо повторяется бесплатно, либо ему возвращается номинальная стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости расходных материалов, медикаментов и имплантатов.

Пациент обязан:

- ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, представленной в карте;
- выполнять все врачебные рекомендации;
- посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков;
- в случае выявления каких-либо недостатков, связанных с имплантацией, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу, не прибегая к помощи других лечебных учреждений;
- получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя.

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

- при возникновении медицинских осложнений по вине пациента из-за несоблюдения гигиенических мероприятий, неявок пациента на взаимосогласованные приемы Исполнитель не несет финансовой ответственности;
- конструкция зубного протеза определяется Исполнителем. Если пациент настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор расторгается, и пациент несет финансовые расходы по проведенному лечению.

Я осведомлен(а) о том, что предлагаемое мне лечебное мероприятие проводится под местной анестезией. Я информирован(а) также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что по обстоятельствам только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я не возражаю, если во время процедур будет осуществляться фото- и видеомакросъемка для медицинских целей.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение зубной имплантации.

Дата " ____ " _____ 200__ г.

Подпись пациента _____ Подпись врача _____