



Стоматологиялық клиникалар



**Имплантация қызметтерін көрсету
ШАРТЫ
(ҚР АҚ 387, 389 баптарына сәйкес жасалған)
(Типтік нысан)**

Алматы қ.

Осы имплантация қызметтерін көрсету шарты бірге «Тараптар» деп аталатын 07.09.2018 жылғы № 18016799 мемлекеттік лицензия негізінде өрекет ететін, бұдан әрі «Клиника» деп аталатын «Dent-Lux» Акционерлік қоғамы және екінші тараптан бұдан әрі «Клиент» деп аталатын клиент арасындағы қатынастарды реттейтін жария шарт және қосылу шарты болып табылады.

1 БАП. ШАРТТЫҢ МӘНІ

1. Осы Шарт бойынша Клиника Клиенттің тіс қатарындағы бос орындарды қалпына келтіру мақсатында хирургиялық шаралар мен ортодонтиялық манипуляциялар кешенін көрсетіге міндеттенеді, оның нәтижесі Клиентке орнатылған жасанды тіс-импланттар түріндегі ақтық өнім болып табылады (бұдан әрі қызмет «имплантация» деп аталады). Клиент Клиникадан имплантация қызметтерін алуға және оны осы Шартта баяндалған талаптарда төлеуге келіседі (бұдан әрі – Шарт).
2. Бұдан әрі Шарт жария оферта болып табылады. Осы Шартқа ҚР АҚ 387 б. (Жария шарт) және ҚР АҚ 389 б. (Қосылу шарты) талаптары қолданылады. Осы Шарттың талаптары Клиниканың барлық Клиенттері үшін бірыңғай болып табылады.
3. Оферта акценті және осы Шартқа қосылу дерегі Клиент қол қойған Шартқа қосылу туралы Өтініш болып табылады.

2 БАП. ТАРАПТАР МІНДЕТТЕМЕЛЕРІ

1. Клиника:

- а) қолданыстағы ережелерге сәйкес және Клиент тілектерін ескерумен сапалы имплантация қызметтерін көрсетуге.
- б) Клиентті Клиникада имплантация қызметтерін көрсету талаптарымен таныстыруға, Клиентке оңалту кезеңінде де, одан кейінгі уақытта да имплантацияны жүзеге асырғаннан кейін туындауы мүмкін ықтимал асқынулар туралы хабарлауға.
- в) Клиентті ауыз қуысы гигиенасы ережелерімен және имплантацияны табыспен жүзеге асыруға қажет профилактикалық іс-шаралармен таныстыруға.
- г) Клиентпен келіскен уақытта осы Шартта белгіленген оңалту кезеңі ішінде тұрақты профилактикалық тексерулер мен іс-шаралар жүргізуге міндеттенеді. Бұл ретте, Клиенттің дәрігер-стоматологқа қажетті бару саны Клиника имплантацияның нақты шарттары мен Клиент ағзасының жеке ерекшеліктері мен жай-күйіне қарай айқындалады.

2. Клиент:

- а) Клиникада имплантация қызметтерін көрсету талаптарымен, оңалту кезеңінде де, одан кейінгі уақытта да имплантацияны жүзеге асырғаннан кейін туындауы мүмкін асқынулар туралы ақпаратпен танысуға.
- б) Клиникаға имплантация қызметтерін көрсету үшін қажет денсаулығының жай-күйі туралы ақпарат беруге және Клиника толтыру үшін ұсынған имплантацияға келісу сауалнамасында және формулярында осындай ақпараттың объективтілігі мен сенімділігі үшін өз жауапкершілігін растауға.
- в) ауыз қуысы гигиенасы ережелерін қатаң сақтауға, оңалту кезеңі ішінде және одан кейінгі уақытта профилактикалық іс-шараларды орындауға, бұл тіс импланттарының қызмет ету мерзіміне әсер ететін болғандықтан, кем дегенде 6 айда бір рет профилактикалық тексерулерге келіп тұруға.
- г) имплантация бойынша хирургиялық операцияны орындау үшін Клиникаға дәрігер-стоматологпен келіскен уақытта келуге.
- д) Клиникада қолданылатын бағалар прейскурантына сәйкес онда имплантация қызметтерін төлеуге.
- е) оңалту кезеңі ішінде операциядан кейін, ал қажет болғанда – және де кейін, профилактикалық тексерулер мен табысты имплантация үшін қажет іс-шараларды жүргізу үшін Клиникаға баруға.
- ж) жүргізілген имплантациямен байланысты кешенді емдеу іс-шараларының барлық көлемін басқа емдеу мекемелерінің көмегіне жүгінбестен Клиникада ғана алуға міндеттенеді.

3. Оңалту кезеңі имплантация нәтижесіне тікелей әсер ететін немесе әсер етуі мүмкін жеке ерекшеліктерге, Клиент денсаулығы жай-күйіне және басқа факторларға байланысты Клиенттің қарауы бойынша қысқартылуы немесе ұзартылуы мүмкін.



4. Клиент оңалту кезеңінің ішінде Клиника маманында тұрақты тексеруден өтетін болады және Клиника ұйғарған барлық ұсыныстарды орындайтын болады. Бұл ережені бұзу Клиниканы Клиент алдындағы жауапкершіліктен босатады және оған Клиенттен қосымша консультациялар мен медициналық процедураларды жүргізу қажеттігінен туындаған шығыстарды төлеуді талап етуге құқық береді.

3 БАП. ҚЫЗМЕТТЕР БАҒАСЫ ЖӘНЕ ЕСЕП АЙЫРЫСУ ТӘРТІБІ

1. Имплантация қызметтеріне баға Клиенттің төлемді жүзеге асыру сәтіндегі ахуалы бойынша қолданыстағы Клиникаға бағалар преискурантында айқындалған.
2. Имплантация қызметтерінің хирургиялық бөлігін төлеу операцияны жүргізген күні жүргізіледі. Имплантацияның ортопедиялық бөлігін төлеу ортопед-имплантолог дәрігерде алғаш болған күні жүргізіледі.

4 БАП. САПА КЕПІЛДІГІ

1. Егер Клиент Клиникаға қызметтер үшін төлемді екінші деңгейлі банктердің қаржы құралдары арқылы (несие, бланк алу және т.б.) жүзеге асырған және қызмет көрсету кезінде Клиент біржақты тәртіппен қызметті одан әрі алуға бас тартқан жағдайда, Клиника нақты жұмсалған шығындарды, соның ішінде Клиника мен екінші деңгейлі банк арасындағы шарттық қатынастарға сәйкес Клиент үшін серіктестің екінші деңгейдегі банкке төлемі бойынша шығындарды шегеріп, Клиентке ақшалай қаражатты қайтаруды жүзеге асырады.
2. Осы 4 баптың 1 т. баяндалғанға қарамастан, Клиент имплантацияланған жасанды тістің осыған ұқсас табиғи тіс материалына қарағанда мықты, тиімді, ыңғайлы болмайтынын және ұзақ тұра алмайтынын сезінеді және сонымен келіседі.
3. Клиент сонымен қатар имплантацияланған жасанды тісті оның негізгі мақсаты бойынша кез келген түрде қолданбағаны үшін, сонымен қатар Клиниканың талаптары мен ұсыныстарын сақтамағаны үшін және осындай пайдаланудың барлық жағымсыз салдарлары үшін барлық жауапкершілікті өз мойнына алады.
4. Осы 4 баптың 1 т. сәйкес Клиентке берілген кепілдік мына жағдайларда мерзімінен бұрын тоқтатылады:
 - а) егер Клиент Клиникада өзіне жасалған имплантациямен, орнатылған имплантта протездеумен байланысты процедураларды өзге емдеу мекемесінде жүзеге асырғаны белгілі болса, Клиент алған медициналық қызмет көлеміне байланысты;
 - б) егер кепілдік берілген кезең ішінде импланттың жай-күйі Клиентті оңалту кезеңінде де, кепілдік мерзімі ішінде де жол берілген Клиника ұйғарымдарын (және) ұсыныстарын сақтамауы немесе өзге бұзу салдарынан нашарлағаны белгілі болса;
 - в) егер импланттың күйі Клиникаға байланысы жоқ өзге себептермен, соның ішінде, бұрын болған аурулар, жарақаттар мен физикалық зақымдар мен осыған ұқсас мән-жайлар себебінен нашарлағаны анықталса.
5. Осы 4 баптың 4 т. көрсетілген барлық жағдайларда Клиент барлық емдеу іс-шараларын медициналық көмек үшін сәйкес жүгінуге сәтінде қолданыстағы Клиника бағалары мен тарифтері бойынша төлейтін болады.

5 БАП. ЕРЕКШЕ ТАЛАПТАР

1. Клиент осы арқылы Клиника мамандарының жоғары кәсіпқойлығына және тәжірибесіне қарамастан, имплантацияның табысты нәтижесі толық кепілденген бола алмайтынын сезінеді және келіседі, себебі ол толықтай, басым түрде немесе өзгеше Клиент денсаулығының күйіне және ағзасының ерекшеліктеріне, қандай да бір медициналық препараттарға төзімділік дәрежесіне, көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерге, сондай-ақ имплантация процесінде және ол аяқталған соң болжанбаған асқынуларға алып келуге қабілетті кез келген сыртқы факторларға байланысты болады.
2. Клиент жоғарыда баяндалған салдардан Клиникаға денсаулығының ахуалы және басынан өткен аурулар жайлы анық және күні бұрын хабарлауға, сондай-ақ имплантат күйінің нашарлауына алып келген ақиқат себептерді белгілеуге жан-жақты көмектесуге келіседі.
3. Егер имплантация жағдайында Клиника Клиентке имплантацияның табысты нәтижесін қамтамасыз ете алмайтыны анық болатын болса, Клиентке бұл туралы Клиника хабарлайтын болады. Мұндай жағдайда Клиент имплантация қызметін бұдан әрі алуға бас тартуға құқылы болады және Клиникаға бас тартқан сәтке дейін Клиентке қызмет көрсету бойынша келтірілген шығыстардың орнын толтырады.
4. Имплантты кепілдік берілген мерзімнен тыс қабылдамаған кезде, қабылдау Клиника тарапынан міндеттемелерді бұзудан туындамаған болса немесе Клиенттің осы шарт талаптарын немесе Клиника ұсыныстарын бұзу болмаған жағдайда, клиника, Клиенттің тілегімен Клиентке сіңісіп кетпеген имплантация бойынша қызметтер құнынан 30% мөлшерінде жеңілдік берумен қайтадан имплантацияны жүргізеді.
5. Тараптардың әрқайсысы, егер Тараптар өзгесін жазбаша келіспеген болса, осы Шарт мазмұнының құпиялылығын сақтауға міндеттенеді.



Стоматологиялық клиникалар



6 БАП. ШАРТТАН БАС ТARTУ

1. Осы Шарт оған тараптар қол қойған сәттен бастап күшіне енеді және белгіленбеген мерзімге жасалған болып есептеледі.
2. Клиент өзгесімен бірге кез келген уақытта Клиниканың 5 бап 3 т. көрсетілген мөлшердегі келтірілген шығындарының орнын толтырып, Клиника қызметерінен бас тартуға құқылы болады.
3. Клиника осы Шарт бойынша Клиенттің өзіне қабылдаған міндеттемелерді орындамаған жағдайында, сонымен қатар Клиенттің өзіне имплантацияланған тіс имплантына қатысты тілегі осыған ұқсас тіс импланттарын имплантациялаудың медициналық мақсатқа лайықтылығымен қайшылыққа келіп қалған жағдайда, немесе Клиенттің тілектері Клиникаға медициналық этика талаптарына немесе Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы қолданыстағы заңнамалары, нормалары мен ережелері талаптарына қайшы келетін міндеттерді жүктейтін болса, Клиентке имплантация қызметтерін көрсетуден бас тартуға құқылы болады.
4. Шартты біржақты тәртіппен бұзуға (шарттан бас тартуға) тілек білдірген Тарап екінші Тарапты шартты бұзу күніне дейін күнтізбелік 10 (он) бұрын жазбаша хабардар етуге міндетті. Тарап мұндай хабарламаны екінші Тараптың заңды немесе электрондық мекенжайына жібереді.

7 БАП. ӨЗГЕ ТАЛАПТАР

1. Тараптар арасында дау туындаған жағдайда, ол Тараптар арасындағы тікелей келіссөздер жолымен реттеуге жатады. Егер Тараптар арасындағы дау реттелмейтін болса, ол Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында көзделген тәртіпте шешуге жатады.
2. Осы Шартта реттелмеген барлық мәселелер Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес шешуге жатады.



Стоматологиялық клиникалар



Имплантация бойынша қызметтер көрсетуге арналған шартқа №1 қосымша

Денталды және микро имплантацияға (тістердің имплантациясына) берілетін ақпараттандырылған келісім қажеттінің астын сызыңыз

Мен, (азаматтың, 15 жасқа дейінгі баланың ата-анасының бірінің, өзге заңды өкілінің тегі, аты, әкесінің аты) маған, менің балама, мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға (қажеттінің астын сызыңыз) (баланың (15 жасқа дейін), заңды өкіл өкілдейтін тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты) ұсынылған медициналық араласуға - Денталды және микро имплантация (тістердің имплантациясын) жүргізуге (медициналық араласу түрінің атауы) ақпараттандырылған ерікті келісімді беремін, осы арқылы мен алдағы емдеу туралы ақпараттандырылғанымды және емдеу жүргізудің аталған шарттарымен келісетінімді растаймын, атап айтқанда: Мен хирургиялық имплантация шарасының мақсаты мен мәнісі туралы толық және қолжетімді ақпараттандырылдым. Мен имплантатты қызылиектің астындағы сүйекке орналастыру үшін не қажет екенін түсінемін. Менің дәрігерім менің ауыз қуысымның жағдайын толық тексерді. Бұл емдеу түрінің баламалары жайлы маған түсіндірілді. Мен бұл әдістерді сынадым немесе талдадым, бірақ жоқ тісімді (тістерімді) сенімді алмастыру үшін имплантацияны қалаймын. Мен имплантатты жақ сүйегіме оңтайлы орналастыру үшін 60-100% жағдайда, сүйек ақауының орналасуына қарай, сүйек тінін қосымша орналастыру немесе сүйек-ауыстырмалы препараттарды қабылдау қажеттігі жайлы ақпараттандырылдым. Сүйек тіні ауызышілік донорлық аймақтардан алынуы мүмкін. Қосымша орналастырылған сүйек тінінің остеоинтеграциясы 3-тен 9 айға дейін созылады. Мен донорлық телімдердің анатомиясы мен қызметі үшін қайтымсыз салдарсыз, донорлық аймақтағы сүйек тінінің бірнеше айдан кейін толық қалпына келетіні жайлы ақпараттандырылдым. Мені ота жасалғаннан кейін алғашқы бір айдың ішінде донорлық аймақтарға физикалық және функционалдық жүктемені шектеу қажеттігі туралы хабардар етті. Мен ауызышілік донорлық аймақтан сүйек тінінің алынуына қарсы емеспін. Маған орын алуы мүмкін асқынулар жайлы хабарланды: ауыру, қызару, ісіну, тістер мен тілдің түсінің уақытша өзгеруі, дәм сезу қабілетінің өзгеруі. Сирек, бірақ орын алуы мүмкін асқынуларға: ота жасалған аймақта жұқпаның таралуы, тері астындағы қан құйылу, дене қызуының көтерілуі, ерін, тіл, иек, ұрт немесе тістердің ұйып қалуы сияқты асқынулар жатады. Мұндай жағдайлардың нақты ұзақтығын болжап айту мүмкін емес және олар қайтымсыз болуы ықтимал. Сондай-ақ, көктамырдың қабынуы (флебит), бар тістердің зақымдалуы, сүйектің сынуы, синустың (гаймор қойнауының) тұтастығының бұзылуы, жазылу үдерісінің ұзаққа созылуы, дәрілік препараттар мен дәрі-дәрмектерге аллергиялық реакциялар болуы мүмкін. Мен ештеңе жасамаса (жоғалтқан тістерді, атап айтқанда имплантаттардың көмегімен алмастырмаса), жақ сүйектерінен айырылу, протездердің бекітілуі үшін жағдайдың нашарлауы, қызылиектің қабынуы, тістердің қозғалғыштығы, бар тістердің орын ауыстыруы, тіпті тістерді жұлуға әкеп соқтыратын жағдайлардың орын алуы мүмкін екенін түсінемін. Сондай-ақ, самай-төменгі жақ буынындағы бұзылулар, мойын, бас, бет және шайнау бұлшықеттерінің ауыруы, шайнау кезіндегі шаршау да орын алуы мүмкін. Менің дәрігерім маған имплантациядан кейіне әрбір емделушінің сүйек пен қызылиектерінің жазылу мүмкіндігін дәл болжайтын әдістің жоғын түсіндірді. Мен шамадан тыс көп шылым шегу, алкоголь, қант тұтыну қызылиектің жазылуына және имплантацияның жасалу сәттілігіне әсер етуі мүмкін екенін түсінемін. Мен дәрігерімнің имплантаттарға үй жағдайында күтім жасау жөніндегі нұсқауларымен келісемін. Мен өзіме кеңес бергендей өзімнің дәрігеріме және гигиена маманына тұрақты тексеруге келіп тұруға келісемін. Анестезиологиялық құралды таңдауды анестезияның салдары мен жағымсыз нәтижелері туралы мені ақпараттандыратын өзімнің емдеуші дәрігеріме сеніп тапсырамын. Мен кем дегенде 24 сағат немесе мені емдеу үшін қолданылған анестезия немесе басқа дәрілік препараттардың әсері тоқтамайынша, көлік құралдарын және жоғары қауіптілікпен байланысты құралдарды басқармауға келісемін. Мен дәрігерге өзімнің физикалық және психикалық денсаулығымның дәл тарихын ұсындым. Мен сондай-ақ дәрілік препараттар, азық-түлік өнімдері, тозаң, жәндіктердің шағуы, анестетиктер мен шаңға қатысты туындаған барлық аллергиялық немесе әдеттен тыс реакциялар туралы хабарладым. Мен бойымдағы қан аурулары, ішкі мүшелердің аурулары, тері және жұқпалы аурулар, шырышты қабықтың аурулары, қанның ұйығыштығының бұзылуы және менің денсаулығымға қатысты басқа жағдайлар туралы хабарладым. Мен рентгенологиялық зерттеулер, фотосуретке түсіру, бейнетаспаға жазу және дербестігімнің сақталуымен денталды имплантациямен байланысты басқа шаралардың жүргізілуіне келісім беремін. Мен емдеу және хирургиялық араласудың әзірленген жоспарын жүзеге асыру үдерісінде жергілікті анатомиялық-физиологиялық жағдайлардың ертеректе болжанған жағдайлардан өзгеше болуы мүмкін екенін, және дәрігердің ұйғаруымен қосымша немесе балама емдеу жүргізілуі мүмкін екенін толық түсінемін. Мен сондай-ақ, егер бұл менің мүдделерімді барынша қанағаттандыруға бағытталса, емдеуге, қолданылатын материалдарға немесе отадан кейінгі күтім жасауға қатысты кез келген түрлендірулерді мақұлдаймын. Мен емделушінің 6 айда бір реттен сирек емес тіс дәрігерінің тексеруінен өту қажеттігі және үш айда бір реттен сирек емес гигиена маманының гигиеналық емшараларынан өтуі қажеттігі



Стоматологиялық клиникалар

“28.02.2022 жылғы № 68
бұйрықпен бекітілген”
“Dent-Lux” АҚ Президенті



туралы ақпараттандырылды. Сонымен қатар, емделуші ауыз қуысының тазалығын жақсы деңгейде сақтауға және шылым шегуге салынуудан бас тартуға, дәрігердің кеңестерін орындауға міндетті екені жайлы ақпараттандырылды. Мені емдеу барысында режимді сақтау қажеттілігі, тағайындалған препараттарды тұрақты түрде қабылдау, жағдайымның кез келген нашарлауы туралы дәрігерге дереу хабарлау, тағайындалмаған кез келген препараттардың (мысалы, тұмау, грипп, бас ауруын емдеу үшін және т.б.) қабылдануын дәрігермен келісу қажеттілігі туралы хабардар етті. Мені дәрігердің кеңестерін орындамау, препараттарды қабылдау режимін сақтамау, бақылаусыз өзін-өзі емдеу осы емдеуді асқындырып, денсаулық жағдайыма кері әсерін тигізуі мүмкін екені жайлы хабардар етті. Медициналық қызмет асқынулар тәуекелі жоғары санатқа жататыны, емдеу үдерісіндегі мүмкін асқынулар медициналық араласуға ғана емес, менің ағзамның жағдайына да байланысты екені маған мәлім. Маған медициналық араласудан бас тартудың салдары, соның ішінде аурудың қалайша орын алатыны туралы түсіндірілді. Медициналық араласудан бас тарту медициналық құжаттамамен рәсімделіп, оған мен (емделуші) немесе менің заңды өкілім, сондай-ақ медициналық қызметкер қол қоятыны маған мәлім. Менің денсаулық жағдайыма, ауруға және емдеуге қатысты мені қызықтырған кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндігім болды және оларға қанағаттанарлық жауаптар алдым. Мен балама емдеу әдістері туралы, сондай-ақ олардың шамамен құны туралы ақпарат алдым. Маған ұсынылған менің ауруларым және орын алған асқынулар туралы сауалнаманы жеке өзім толтырғанымды және ондағы ақпараттың шынайылығын растаймын. Менің ауруым туралы ақпаратты ғылыми мақсаттарда пайдалануға, бұл мәліметтерді оқу үдерісінде, ғылыми өдебиеттерде жариялау үшін пайдалануға рұқсат беремін (рұқсат бермеймін). Мен осы Қосымшамен мұқият танысып шықтым және оның заңды құжат болып табылатынын және мен үшін құқықтық салдарының барын түсінемін. Осы Қосымша ауру тарихымның ажырамас бөлігін құрайды. Осы медициналық қызметті алу кезінде көрсетілетін сервис деңгейі маған ұнайды. Қосымша шарттарды талап етпеймін. Мен денталды имплантацияны (тістер имплантациясын) маған ұсынылған шарттарда жүргізу туралы шешім қабылдаймын.