



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору об оказании стоматологических услуг № _____ от _____ г.

Мне _____

доктором _____

разъяснено, что установленные мне временные протетические конструкции являются важным и необходимым этапом лечения в моём клиническом случае. Отказ от временного протезирования естественных зубов или имплантатов является нарушением правил и протокола стоматологического лечения. В случае моего отказа от временного протезирования вся ответственность за результат имплантации и протезирования зубов/имплантатов ложится на меня.

Меня уведомили о том, что временные протетические конструкции, изготовленные из композитных материалов прямым клиническим или лабораторным методом, в силу физических свойств материала и особенностей моего клинического случая:

- могут требовать периодических коррекций, как клинических, так и лабораторных.
- требуют обязательного наблюдения со стороны лечащего врача, стоматолога-ортопеда до момента установки постоянных протетических конструкций
- могут не соответствовать эстетическим параметрам моих зубов
- обладают невысокими прочностными характеристиками, могут отклеиваться, скалываться и ломаться при чрезмерной механической нагрузке или ином воздействии, вызванном неправильной эксплуатацией, что не является осложнением и основанием для предъявления претензии.
- в течение 6–12 месяцев после установки должны быть заменены на постоянные протетические конструкции, если иного не предусмотрено планом лечения.
- требуют тщательного ухода за полостью рта (в т. ч. с использованием ирригатора), а также регулярной профессиональной гигиены полости рта.

Гарантийный срок службы временных протетических конструкций составляет 6 (шесть) месяцев, если иного не предусмотрено планом лечения. По истечении гарантийного срока ремонт, коррекция и замена временных протетических конструкций оплачиваются согласно действующему прейскуранту клиники.

Доктор уведомил меня о том, что несоблюдение данных им указаний (рекомендаций), включая указанные выше, могут снизить качество предоставляемых стоматологических услуг, потребовать дополнительного лечения, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подпись пациента:

Дата: