

Я, _____, до заключения договора уведомлен(а) Исполнителем (ООО «_____») о том, что несоблюдение о указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Также я уведомлен(а) о том, что находясь на лечении в клинике Исполнителя, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинских организациях.

Подпись Пациента _____ «__» _____ 202__ г.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № _____

г. _____ «__» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «_____», в лице Главного врача _____, действующего на основании Доверенности № _____ от _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

Исполнитель обязуется в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в медицинскую карточку, предоставить Пациенту качественные стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется в порядке, установленном настоящим договором, своевременно оплатить оказываемые услуги в соответствии с прейскурантом по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя, и согласованным сторонами планом лечения, а также выполнять иные свои обязательства по настоящему договору.

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Ознакомить Пациента с вариантами лечения и прейскурантом по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя, согласовать с ним план лечения.

2.1.2. Оказать Пациенту стоматологические услуги по ценам в соответствии с прейскурантом по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя.

2.1.3. При оказании стоматологических услуг использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований.

2.1.4. Поставить Пациента в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания стоматологических услуг и возможных осложнениях при лечении.

2.1.5. Ознакомить Пациента под роспись с информированным согласием, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Пациентом.

2.1.7. В установленном нормативными актами порядке обеспечить непосредственное ознакомление Пациента с медицинскими документами, отражающими состояние его здоровья, и выдавать по его письменному требованию копии данных медицинских документов.

2.1.8. Предоставить Пациенту информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. На основе результатов первичного обследования определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых в рамках плана лечения, согласовав их с Пациентом до оказания стоматологических услуг.

2.2.2. В случае опоздания Пациента более чем на тридцать минут по отношению к назначенному ему времени получения услуг (приема у лечащего врача), при отсутствии свободного времени у лечащего врача, перенести или отменить время оказания стоматологических услуг и переназначать опоздавшего Пациента на другой день.

2.2.3. Отказать Пациенту в оказании стоматологических услуг по настоящему договору в следующих случаях:

- нахождение Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- действия Пациента при нахождении в клинике Исполнителя угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;
- при наличии у Пациента медицинских противопоказаний;

Форма № 4

- при отказе Пациента от предложенного плана лечения, либо требуемые им услуги не входят в согласованный план лечения;

- при неоплате (неполной оплате) Пациентом стоимости оказываемых стоматологических услуг (лечебного мероприятия в рамках плана лечения) на условиях, установленных в разделе 3 настоящего договора, до оплаты им задолженности за услуги;

- при отказе Пациента от прохождения необходимых первичных диагностических обследований и процедур согласно подпункту 2.3.8. настоящего договора.

2.2.4. При отсутствии соответствующих возможностей у Исполнителя направить Пациента в иную медицинскую организацию для осуществления специализированных методов обследования.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно оплачивать оказываемые Исполнителем стоматологические услуги (лечебные мероприятия в рамках плана лечения), в соответствии с прейскурантом по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя, и настоящим договором.

2.3.2. Сообщить лечащему врачу о перенесенных ранее или имеющихся заболеваниях (аллергии, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечнососудистой системы, венерические заболевания, туберкулёз и другие), а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными.

2.3.3. Немедленно извещать лечащего врача о всевозможных осложнениях, возникших в процессе лечения, непосредственно, либо через администратора.

2.3.4. Являться на приём в строго назначенное время, а в случае невозможности явки на приём для лечения, предупредить об этом Исполнителя за двадцать четыре часа до назначенного времени по контактному телефону

2.3.5. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача, обеспечивающие качественное предоставление стоматологических услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.3.6. После окончания лечения тщательно соблюдать гигиену полости рта и являться на профилактические осмотры в клинику Исполнителя не реже одного раза в полгода в конкретные сроки, назначенные лечащим врачом.

2.3.7. При длительном и долговременном ортодонтическом лечении в целях поддержания необходимой надлежащей гигиены полости рта каждые три месяца проходить процедуры по профессиональной чистке зубов в клинике Исполнителя.

2.3.8. В случае, если для качественного оказания стоматологических услуг, а также для составления плана лечения требуется пройти определяемые лечащим врачом первичные диагностические обследования и процедуры (снятие диагностических моделей и слепков, фотографирование и рентгеновское исследование полости рта и т.п.) своевременно пройти и оплатить такие обследования и процедуры.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать достоверную информацию об объёме, стоимости и результатах оказываемых стоматологических услуг, о медицинских работниках Исполнителя, об уровне профессионального образования и квалификации.

2.4.2. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой проведенного лечения и возмещения расходов Исполнителя по оказанию стоматологических услуг согласно пункту 6.4. настоящего договора.

2.4.4. По письменному обращению получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения стоматологических услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке, предусмотренном действующими нормативными актами.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ ПО ДОГОВОРУ.

3.1. Согласованные сторонами по результатам первичного обследования и диагноза, перечень и предварительная стоимость стоматологических услуг по настоящему договору определяется планом лечения (приложение к настоящему договору).

3.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг в процессе оказания стоматологических услуг их предварительная стоимость может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза и дополнительных затрат на лечение.

3.3. Своей подписью в настоящем договоре Пациент подтверждает свое согласие с прейскурантом по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя, а также с тем, что окончательная стоимость стоматологических услуг по настоящему договору будет известна только после их полного фактического оказания.

3.4. Оплата окончательной стоимости стоматологических услуг (каждого лечебного мероприятия в рамках плана лечения) в полном объеме (с учетом положений пункта 3.2. настоящего договора) производится Пациентом в день их оказания по расценкам действующего прейскуранта по стоматологии, действующим в клинике Исполнителя, после приема у лечащего врача путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, безналичной оплатой с использованием банковских карт, а также в иной форме, согласованной сторонами.

3.5. В случае необходимости изготовления ортопедической или ортодонтической конструкции при оказании стоматологических услуг по настоящему договору, Пациент обязан оплатить стоимость изготовления такой

Форма № 4

конструкции на условиях пятидесятипроцентной предоплаты, если только сторонами дополнительным соглашением к настоящему договору не предусмотрена рассрочка или отсрочка оплаты стоматологических услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Исполнитель не несет ответственность за качество предоставляемых стоматологических услуг, а также возникновение осложнений у Пациента в случаях:

- если Пациенту по его настоянию и требованию вопреки рекомендуемому и согласованному с ним плану лечения были оказаны несоответствующие ему отдельные стоматологические услуги, и эти услуги повлекли за собой изначально прогнозируемые лечащим врачом отрицательные или неудовлетворительные результаты;

- сообщения Пациентом недостоверных сведений согласно подпункту 2.3.2. настоящего договора;

- возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшихся ранее;

- осложнений, возникающих по причине неявки Пациента на плановый прием в срок, указанный лечащим врачом;

- возникновения осложнений по причине несоблюдения Пациентом надлежащей гигиены полости рта, при невыполнении им рекомендаций лечащего врача, несвоевременного сообщения о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья;

- прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента;

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другой медицинской организации;

- переделок и исправления результатов стоматологических услуг в другой медицинской организации, их исправления самим Пациентом, при отсутствии вины Исполнителя;

- при неявке Пациента на назначенные профилактические осмотры согласно подпункту 2.3.6. настоящего договора.

- при непрохождении или несвоевременном прохождении Пациентом необходимых процедур согласно подпункту 2.3.8. настоящего договора.

- при небрежном обращении Пациента с установленными ортодонтическими и ортопедическими конструкциями, приведшим к их поломке и выходу из строя.

4.3. Гарантийный срок при оказании стоматологических услуг устанавливается в соответствии с действующим в клинике Исполнителя положением о предоставлении гарантии на стоматологические услуги.

Гарантийный срок сохраняется при условии, если Пациент полностью проходит весь согласованный план лечения, а также надлежащим образом исполняет иные свои обязательства, предусмотренные пунктом 2.3. настоящего договора.

4.4. Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций лечащего врача, своевременную и полную оплату стоматологических услуг.

5. УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ.

5.1. Для безопасности и эффективности стоматологического лечения Пациент до начала лечения обязан заполнить анкету пациента, которая является неотъемлемой частью настоящего договора и находится на хранении у Исполнителя.

5.2. Необходимым условием исполнения договора Исполнителем является согласие Пациента с предложенным планом лечения, оформленное подписью Пациента.

Стороны договорились, что такое согласие с планом лечения, а также подписание Пациентом информированного согласия, являются подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий, о предлагаемых способах диагностики и лечения, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного согласия Пациента на предложенный план лечения.

5.3. Пациент обязан сообщить обо всех изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении лечащего врача.

5.4. Сроки оказания стоматологических услуг согласовываются Пациентом и лечащим врачом при составлении плана лечения. Данные сроки действуют только в случае полного, надлежащего и своевременного исполнения Пациентом своих обязательств по настоящему договору.

5.5. По факту полного завершения каждого лечебного мероприятия, предусмотренного планом лечения стороны подписывают акт сдачи-приемки оказанных услуг.

5.6. Вся информация и материалы (в том числе диагностические модели и слепки, фотографии, рентгеновские снимки и пр.) полученные Исполнителем в процессе оказания стоматологических услуг являются сведениями, составляющими врачебную тайну. Исполнитель соблюдает конфиденциальность и врачебную тайну в отношении информации и материалов, полученных им в процессе оказания стоматологических услуг.

5.7. Своей подписью в настоящем договоре Пациент подтверждает, что на момент его заключения он в доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что используемые технологии и методы оказания стоматологических услуг не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Пациента, в том числе и в случае, когда стоматологические услуги оказаны

Форма № 4

с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации.

5.8. Условия и сроки ожидания стоматологических услуг индивидуальны в зависимости от клинической ситуации у Пациента и оговариваются на первичном приеме лечащего врача.

5.9. Своей подписью в настоящем договоре Пациент выражает свое согласие с тем, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде зубов, субъективна, поэтому исключительно только эстетическая неудовлетворенность Пациента после окончания стоматологического лечения не может быть основанием для предъявления им претензий к Исполнителю относительно качества предоставленных стоматологических услуг.

5.10. Подписав настоящий договор, Пациент осознано и добровольно согласился на оказание ему стоматологических услуг на платной основе.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, может быть изменен или расторгнут по обоюдному согласию сторон с подписанием ими соответствующего соглашения об изменении или расторжении договора.

6.3. Договор вступает в силу с момента его подписания, действует до полного исполнения своих обязательств сторонами (до полного завершения плана лечения Исполнителем и до полной оплаты оказанных стоматологических услуг Пациентом).

6.4. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора и получения стоматологических услуг до полного окончания лечения, при условии оплаты Исполнителю уже проведенного лечения, а также при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием стоматологических услуг (в том числе расходов по изготовлению ортодонтических или ортопедических конструкций для Пациента, а также прочих расходов связанных с их изготовлением, включая расходы по их доставке, транспортировке, пересылке и получению от изготовителей). В этом случае настоящий договор считается расторгнутым по инициативе Пациента.

6.5. Указанная в пункте 6.4. настоящего договора обязанность Пациента по оплате уже проведенного лечения и возмещению Исполнителю фактически понесенных им расходов, распространяется также на случаи, когда невозможность исполнения настоящего договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает.

6.6. Место исполнения настоящего договора: _____.

6.7. Стороны пришли к соглашению о возможности использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор с его стороны.

6.8. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № _____ от _____, бессрочная, выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:

6.9. Пациент в целях оказания ему стоматологических услуг дает свое согласие на обработку Исполнителем (персоналом Исполнителя) своих персональных данных, включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и предоставляет Исполнителю (персоналу Исполнителя) право осуществлять все действия с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе с использованием автоматизированных баз данных.

АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН И ПЕЧАТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Исполнитель
ООО «_____»
Адрес _____

ИНН _____ ОГРН _____
Тел. _____

Пациент
ФИО _____
Адрес _____

Тел. _____
Паспорт _____

Главный врач