

Пациент подтверждает, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг он был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____ (подпись)

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Асбест « _____ » _____ 20__ г.

ООО «Стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании доверенности № _____ от « _____ » _____ 20__ г., с одной стороны, и гр. _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Пациента оказать ему платные медицинские услуги, выполнить работы (далее – услуги) согласно перечню, указанному в Прейскуранте, в соответствии с планом лечения, а Пациент обязуется принять оказанные услуги и оплатить их.
1.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Пациента и не могут быть заранее определены в момент подписания Сторонами настоящего договора. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг в день внесения Пациентом в кассу Исполнителя установленной суммы аванса или полной оплаты за консультацию.
1.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией № ЛО-6601-003356 от 22.05.2015 г., выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 346, тел.: (343) 312-00-03) на осуществление медицинской деятельности по адресу: 624260, Свердловская область, г. Асбест, пр. Ленина, д. 14 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Пациент имеет право:

- 2.1.1. Заменить лечащего врача на другого врача из состава врачей поликлиники;
- 2.1.2. Получать полную информацию о процессе лечебно-диагностических мероприятий;
- 2.1.3. Полностью или частично отказаться от предложенных услуг и вернуть оплаченную сумму при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов к моменту расторжения договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию. При этом оплату за соответствующие виды медицинской помощи Пациент осуществляет сам, по расценкам данной организации;
- 2.2.2. Отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических мероприятий при наличии противопоказаний к ним;
- 2.2.3. Вносить в «План лечения» незапланированные процедуры в дополнение или вместо тех, которые были в нем перечислены, если в процессе лечения выяснится такая необходимость, предварительно согласовав эти изменения с Пациентом;
- 2.2.4. Увеличить стоимость оказываемых услуг при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, а также оказываемых поликлинике третьими лицами услуг, что нельзя было заранее предусмотреть при заключении настоящего договора, предварительно согласовав эти изменения с Пациентом.

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. Пациент обязан оплатить оказанные медицинские услуги в сроки и в порядке, указанные в разделе 3 настоящего договора.
- 2.3.2. Предоставить необходимую информацию для Исполнителя о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг;
- 2.3.3. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения;
- 2.3.4. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине – за 24 часа предупредить об этом Исполнителя;
- 2.3.5. Ознакомиться с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»;
- 2.3.6. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:
 - сообщенные сведения о своем здоровье;
 - факт получения сведений о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания, и о возможных рисках при лечении данного заболевания;
 - факт ознакомления с рекомендованным планом лечения и согласия с назначенным к выполнению планом лечения и его стоимостью;
 - факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения;
 - факт добровольного информированного согласия на все виды стоматологического вмешательства (Приложение № 1 к договору);
 - факт ознакомления и согласия с Правилами предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» (Приложение № 2 к договору).
- 2.3.7. Пациент обязуется в случае возникновения в течение сроков службы любых дефектов пломб, коронок или протезов, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

2.4. Исполнитель обязуется:

- 2.4.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента и в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования.
- 2.4.2. По результатам обследования представить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов, и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с Пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.
- 2.4.3. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.
- 2.4.4. Информировать Пациента о противопоказаниях, осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.

2.4.5. Информировать Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики.

2.4.6. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы. Средний срок изготовления зубного протеза – три недели.

2.4.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения возложить его обязанности по лечению Пациента на другого врача стоматологической поликлиники.

2.4.8. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.5. **Исполнитель выполняет гарантийные обязательства:** в соответствии с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» и при условии соблюдения со стороны Пациента следующих требований:

- выполнять весь согласованный «План лечения»;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуации, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

С Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» Пациент может ознакомиться на официальном сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

Гарантийные обязательства не сохраняются при несоблюдении правил гигиены полости рта, возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

С ГАРАНТИЙНЫМИ СРОКАМИ ОЗНАКОМЛЕН(НА): _____
(подпись)

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания платных медицинских услуг Пациенту. Прейскурант может изменяться Исполнителем в одностороннем порядке. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен официально на сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

3.2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях – в наличной или безналичной форме (по заявлению в счет заработной платы, в соответствии с договорами организаций).

3.3. Оплата услуг по терапевтической и хирургической стоматологии проводится в два этапа: до начала лечения Пациент вносит авансовый платеж в размере, установленном поликлиникой, окончательный расчет производится по факту получения медицинской услуги, после подписания сторонами акта выполненных работ. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Пациенту возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Пациент вносит недостающую сумму.

3.4. Оплата услуг по ортопедической стоматологии: Пациент до начала лечения вносит авансовый платеж в произвольном размере, но не менее 1000 рублей, подписывает акт выполненных работ, на втором посещении Пациент вносит второй авансовый платеж в размере не менее 50% от общей стоимости работ, рассчитанной лечащим врачом, по окончании лечения в день принятия услуги и подписания наряда выполненных работ производится окончательный расчет. Пациент вправе внести авансовый платеж в размере 100% от стоимости лечения. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Пациенту возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Пациент вносит недостающую сумм..

3.5. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Пациента, услуги Исполнителя подлежат оплате Пациентом в полном объеме.

3.6. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.7. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которого Пациент предупрежден Исполнителем до начала лечения (информированное добровольное согласие), возврат внесенных Пациентом денежных средств не производится.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности за возможные последствия у Пациента в случае:

4.1.1. Получения от Пациента отказа от медицинского вмешательства или требования его прекращения.

4.1.2. Неявки или несвоевременной явки Пациента на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры.

4.1.3. Досрочного расторжения договора по инициативе Пациента.

4.1.4. Несообщения или недостоверного сообщения существенных сведений о состоянии здоровья (п.2.5 настоящего договора).

4.1.5. Невыполнения предписаний и рекомендаций, данных лечащим врачом.

4.2. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной взятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются медицинская карта стоматологического больного (в том числе рентгеновские снимки, которые хранятся в медицинской карте), акт выполненных работ, информированное добровольное согласие на все виды медицинского вмешательства, правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника».

5.4. Во всем остальном, не предусмотренном договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.5. Настоящий договор изготовлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых остается у Исполнителя, а второй передается Пациенту. При этом медицинская карта больного, оформляемая в одном экземпляре, хранится у Исполнителя и Пациенту не передается.

Приложение № 1 Информированное добровольное согласие на все виды стоматологического вмешательства

Приложение № 2 Правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»

6. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Стоматологическая поликлиника»
Адрес: 624260, Свердловская обл., г.Асбест, пр.Ленина, д.14
6603017929; КПП 660301601, тел.: (34365) 42-641; 42-642
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
серии 66 № 005029177, выданное ИФНС
по г. Асбесте Свердловской области 20.07.2007 года

Пациент:

ФИО: _____
Адрес: _____

ИНН _____
Тел: _____

(подпись)

(подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящим подтверждаю: врач, осуществляющий лечение зубов, разъяснил мне наличие заболевания; указал диагноз и прогноз заболевания; разъяснил методы лечения и возможные риски, варианты медицинской вмешательства, варианты последствий и результатов лечения, в связи с чем я даю согласие на лечение.

(подпись)

(ФИО)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Плательщик подтверждает, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг он был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____ (подпись)

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Асбест _____ «___» _____ 20__ г.

ООО «Стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании доверенности № _____ от «___» _____ 20__ г., с одной стороны, и гр. _____, являющийся законным представителем несовершеннолетнего «Пациента» _____ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Плательщика оказать Пациенту платные медицинские услуги, выполнить работы (далее – услуги) согласно перечню, указанному в Прейскуранте, в соответствии с планом лечения, а Плательщик обязуется принять оказанные услуги и оплатить их.
1.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Пациента и не могут быть заранее определены в момент подписания Сторонами настоящего договора. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг в день внесения Плательщиком в кассу Исполнителя установленной суммы аванса или полной оплаты за консультацию.
1.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией № ЛО-6601-003356 от 22.05.2015 г., выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 346, тел.: (343) 312-00-03) на осуществление медицинской деятельности по адресу: 624260, Свердловская область, г. Асбест, пр. Ленина, д. 14 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Плательщик имеет право:

2.1.1. Заменить лечащего врача на другого врача из состава врачей поликлиники;
2.1.2. Получать полную информацию о процессе лечебно-диагностических мероприятий;
2.1.3. Полностью или частично отказаться от предложенных услуг и вернуть оплаченную сумму при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов к моменту расторжения договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию. При этом оплату за соответствующие виды медицинской помощи Плательщик осуществляет сам, по расценкам данной организации;
2.2.2. Отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических мероприятий при наличии противопоказаний к ним;
2.2.3. Вносить в «План лечения» незапланированные процедуры в дополнение или вместо тех, которые были в нем перечислены, если в процессе лечения выяснится такая необходимость, предварительно согласовав эти изменения с Плательщиком;
2.2.4. Увеличить стоимость оказываемых услуг при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, а также оказываемых в поликлинике третьими лицами услуг, что нельзя было заранее предусмотреть при заключении настоящего договора, предварительно согласовав эти изменения с Плательщиком.

2.3. Плательщик обязан:

2.3.1. Плательщик обязан оплатить оказанные медицинские услуги в сроки и в порядке, указанные в разделе 3 настоящего договора.
2.3.2. Предоставить необходимую информацию для Исполнителя о состоянии здоровья Пациента, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг;
2.3.3. Обеспечить строгое соблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения;
2.3.4. Обеспечить своевременную явку Пациента на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине – за 24 часа предупредить об этом Исполнителя;
2.3.5. Ознакомиться с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»;
2.3.6. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:
- общенные сведения о здоровье Пациента;
- факт получения сведений о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания, и о возможных рисках при лечении данного заболевания;
- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения и согласия с намеченным к выполнению планом лечения и его стоимостью;
- факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения;
- факт добровольного информированного согласия на все виды стоматологического вмешательства (Приложение № 1 к договору);
- факт ознакомления и согласия с Правилами предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» (Приложение № 2 к договору).
2.3.7. Плательщик обязуется в случае возникновения в течение сроков службы любых дефектов пломб, коронок или протезов, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

2.4. Исполнитель обязуется:

2.4.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента и в случае необходимости, предложить Плательщику пройти Пациенту дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования.
2.4.2. По результатам обследования представить Плательщику полную и достоверную информацию о состоянии полости рта Пациента, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов, и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с Плательщиком перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.
2.4.3. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.
2.4.4. Информировать Плательщика о противопоказаниях, осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть у Пациента в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.
2.4.5. Информировать Плательщика о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики.

2.4.6. Выполнить работы в сроки, согласованные с Плательщиком, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы. Средний срок изготовления зубного протеза – три недели.

2.4.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения возложить его обязанности по лечению Пациента на другого врача стоматологической поликлиники.

2.4.8. Информировать Плательщика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата лечения.

2.5. **Исполнитель выполняет гарантийные обязательства:** в соответствии с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» и при условии соблюдения со стороны Пациента следующих требований:

- выполнять весь согласованный «План лечения»;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуации, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

С Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» Плательщик может ознакомиться на официальном сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

Гарантийные обязательства не сохраняются при несоблюдении правил гигиены полости рта, возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

С ГАРАНТИЙНЫМИ СРОКАМИ ОЗНАКОМЛЕН(НА): _____

(подпись)

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания платных медицинских услуг Пациенту. Прейскурант может изменяться Исполнителем в одностороннем порядке. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на официальном сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

3.2. Оплата услуг производится Плательщиком в рублях – в наличной или безналичной форме (по заявлению в счет заработной платы, в соответствии с договорами организаций).

3.3. Оплата услуг по терапевтической и хирургической стоматологии проводится в два этапа: до начала лечения Плательщик вносит авансовый платеж в размере, установленном поликлиникой, окончательный расчет производится по факту получения медицинской услуги, после подписания сторонами акта выполненных работ. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Плательщику возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Плательщик вносит недостающую сумму.

3.4. Оплата услуг по ортопедической стоматологии: Плательщик до начала лечения вносит авансовый платеж в произвольном размере, но не менее 1000 рублей, подписывает акт выполненных работ, на втором посещении Плательщик вносит второй авансовый платеж в размере не менее 50% от общей стоимости работ, рассчитанной лечащим врачом, по окончании лечения в день принятия услуги и подписания наряда выполненных работ производится окончательный расчет. Плательщик вправе внести авансовый платеж в размере 100% от стоимости лечения. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Плательщику возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Плательщик вносит недостающую сумму.

3.5. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Плательщика, услуги Исполнителя подлежат оплате Плательщиком в полном объеме.

3.6. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Плательщик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.7. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которого Плательщик предупрежден Исполнителем до начала лечения (информированное добровольное согласие), возврат внесенных Плательщиком денежных средств не производится.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности за возможные последствия у Пациента в случае:

4.1.1. Получения от Плательщика отказа от медицинского вмешательства или требования его прекращения.

4.1.2. Невыявки или несвоевременной явки Пациента на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры.

4.1.3. Досрочного расторжения договора по инициативе Плательщика.

4.1.4. Несообщения или недостоверного сообщения Плательщиком существенных сведений о состоянии здоровья Пациента (п.2.5 настоящего договора).

4.1.5. Невыполнения предписаний и рекомендаций, данных лечащим врачом.

4.2. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной взятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются медицинская карта стоматологического больного (в том числе рентгеновские снимки, которые хранятся в медицинской карте), акт выполненных работ, информированное добровольное согласие на все виды медицинского вмешательства, правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника».

5.4. Во всем остальном, не предусмотренном договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.5. Настоящий договор изготовлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых остается у Исполнителя, а второй передается Плательщику. При этом медицинская карта больного, оформляемая в одном экземпляре, хранится у Исполнителя и Плательщику не передается.

Приложение № 1 Информированное добровольное согласие на все виды стоматологического вмешательства

Приложение № 2 Правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»

6. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Стоматологическая поликлиника»
Адрес: 624260, Свердловская обл., г.Асбест, пр.Ленина, д.14
6603017929; КПП 660301601, тел.: (34365) 42-641; 42-642
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
серии 66 № 005029177, выданное ИФНС
по г. Асбесте Свердловской области 20.07.2007 года

(подпись)

Плательщик:

ФИО: _____
(Пациент _____)
Адрес: _____

ИНН _____
Тел: _____

(подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящим подтверждаю: врач, осуществляющий лечение зубов, разъяснил мне наличие заболевания; указал диагноз и прогноз заболевания; разъяснил методы лечения и возможные риски, варианты медицинского вмешательства, варианты последствий и результатов лечения, в связи с чем я даю согласие на лечение своего несовершеннолетнего ребенка.

« _____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (ФИО)

Пациент подтверждает, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг он был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

(подпись)

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Асбест

« _____ » _____ 20__ г.

ООО «Стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании доверенности № _____ от « _____ » _____ 20__ г., с одной стороны, и гр. _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» («Плательщик» _____), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Пациента оказать ему платные медицинские услуги, выполнить работы (далее – услуги) согласно перечню, указанному в Прейскуранте, в соответствии с планом лечения, Пациент обязуется принять оказанные услуги, а Плательщик оплатить их.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Пациента и не могут быть заранее определены в момент подписания Сторонами настоящего договора. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг в день внесения Пациентом в кассу Исполнителя установленной суммы аванса или полной оплаты за консультацию.

1.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией № ЛО-6601-003356 от 22.05.2015 г., выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 346, тел.: (343) 312-00-03) на осуществление медицинской деятельности по адресу: 624260, Свердловская область, г. Асбест, пр. Ленина, д. 14 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Пациент имеет право:

- 2.1.1. Заменить лечащего врача на другого врача из состава врачей поликлиники;
- 2.1.2. Получать полную информацию о процессе лечебно-диагностических мероприятий;
- 2.1.3. Полностью или частично отказаться от предложенных услуг и вернуть оплаченную сумму при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов к моменту расторжения договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию. При этом оплату за соответствующие виды медицинской помощи Пациент осуществляет сам, по расценкам данной организации;
- 2.2.2. Отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических мероприятий при наличии противопоказаний к ним;
- 2.2.3. Вносить в «План лечения» незапланированные процедуры в дополнение или вместо тех, которые были в нем перечислены, если в процессе лечения выяснится такая необходимость, предварительно согласовав эти изменения с Пациентом;
- 2.2.4. Увеличить стоимость оказываемых услуг при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, а также оказываемых поликлинике третьими лицами услуг, что нельзя было заранее предусмотреть при заключении настоящего договора, предварительно согласовав эти изменения с Пациентом и Плательщиком.

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. Предоставить необходимую информацию для Исполнителя о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг;
- 2.3.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения;
- 2.3.3. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине – за 24 часа предупредить об этом Исполнителя;
- 2.3.4. Ознакомиться с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»;
- 2.3.5. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:
 - сообщенные сведения о своем здоровье;
 - факт получения сведений о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания, и о возможных рисках при лечении данного заболевания;
 - факт ознакомления с рекомендованным планом лечения и согласия с назначенным к выполнению планом лечения и его стоимостью;
 - факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения;
 - факт добровольного информированного согласия на все виды стоматологического вмешательства (Приложение № 1 к договору);
 - факт ознакомления и согласия с Правилами предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» (Приложение № 2 к договору).

2.3.6. Пациент обязуется в случае возникновения в течение сроков службы любых дефектов пломб, коронок или протезов, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

2.4. Исполнитель обязуется:

- 2.4.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента и в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования.
- 2.4.2. По результатам обследования представить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, существующих применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов, и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с Пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.
- 2.4.3. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.
- 2.4.4. Информировать Пациента о противопоказаниях, осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.
- 2.4.5. Информировать Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики.
- 2.4.6. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы. Средний срок изготовления зубного протеза – три недели.

2.4.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения возложить его обязанности по лечению Пациента на другого врача стоматологической поликлиники.

2.4.8. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.5. Плательщик обязан:

2.5.1. Оплатить оказанные медицинские услуги в сроки и в порядке, указанные в разделе 3 настоящего договора.

2.5.2. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:

- факт ознакомления и согласия с Правилами предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» (Приложение № 2 к договору).

2.6. **Исполнитель выполняет гарантийные обязательства:** в соответствии с Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» и при условии соблюдения со стороны Пациента следующих требований:

- выполнять весь согласованный «План лечения»;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуации, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

С Положением «Об установлении сроков гарантийного обслуживания оказанных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника» Пациент и Плательщик могут ознакомиться на официальном сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

Гарантийные обязательства не сохраняются при несоблюдении правил гигиены полости рта, возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

С ГАРАНТИЙНЫМИ СРОКАМИ ОЗНАКОМЛЕН(НА): Пациент _____

(подпись)

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания платных медицинских услуг Пациенту. Прейскурант может изменяться Исполнителем в одностороннем порядке. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен официально на сайте Исполнителя www.1stomc.ru и на информационных стендах.

3.2. Оплата услуг производится Плательщиком в рублях – в наличной или безналичной форме (по заявлению в счет заработной платы, в соответствии с договорами организациями).

3.3. Оплата услуг по терапевтической и хирургической стоматологии проводится в два этапа: до начала лечения Пациента Плательщик вносит авансовый платеж в размере, установленном поликлиникой, окончательный расчет производится по факту получения медицинской услуги, после подписания Пациентом акта выполненных работ. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Плательщику возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Плательщик вносит недостающую сумму.

3.4. Оплата услуг по ортопедической стоматологии: Плательщик до начала лечения Пациента вносит авансовый платеж в произвольном размере, но не менее 1000 рублей, Пациент подписывает акт выполненных работ, на втором посещении Пациентом поликлиники Плательщик вносит второй авансовый платеж в размере не менее 50% от общей стоимости работ, рассчитанной лечащим врачом, по окончании лечения в день принятия услуги и подписания наряда выполненных работ Пациентом производится окончательный расчет. Плательщик вправе внести авансовый платеж в размере 100% от стоимости лечения. Если сумма аванса превысила стоимость лечения, Плательщику возвращается излишне уплаченная сумма. Если стоимость лечения превышает размер внесенного аванса, Плательщик вносит недостающую сумму.

3.5. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Пациента, услуги Исполнителя подлежат оплате Плательщиком в полном объеме.

3.6. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Плательщик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.7. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которого Пациент предупрежден Исполнителем до начала лечения (информированное добровольное согласие), возврат внесенных Плательщиком денежных средств не производится.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности за возможные последствия у Пациента в случае:

4.1.1. Получения от Пациента отказа от медицинского вмешательства или требования его прекращения.

4.1.2. Неявки или несвоевременной явки Пациента на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры.

4.1.3. Досрочного расторжения договора по инициативе Пациента.

4.1.4. Несообщения или недостоверного сообщения существенных сведений о состоянии здоровья (п.2.5 настоящего договора).

4.1.5. Невыполнения предписаний и рекомендаций, данных лечащим врачом.

4.2. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной взятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются медицинская карта стоматологического больного (в том числе рентгеновские снимки, которые хранятся в медицинской карте), акт выполненных работ, информированное добровольное согласие на все виды медицинского вмешательства, правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника».

5.4. Во всем остальном, не предусмотренном договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.5. Настоящий договор изготовлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых остается у Исполнителя, а второй передается Пациенту. При этом медицинская карта больного, оформляемая в одном экземпляре, хранится у Исполнителя и Пациенту не передается.

Приложение № 1 Информированное добровольное согласие на все виды стоматологического вмешательства

Приложение № 2 Правила предоставления платных стоматологических услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника»

6. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Стоматологическая поликлиника»
Адрес: 624260, Свердловская обл., г.Асбест, пр.Ленина, д.14
6603017929; КПП 660301601, тел.: (34365) 42-641; 42-642
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
серии 66 № 005029177, выданное ИФНС
по г. Асбесте Свердловской области 20.07.2007 года

(подпись)

Пациент:

ФИО: _____
(Плательщик _____)
Адрес: _____

ИНН _____
Тел: _____

Пациент _____

(подпись)

Плательщик _____

(подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящим подтверждаю: врач, осуществляющий лечение зубов, разъяснил мне наличие заболевания; указал диагноз и прогноз заболевания; разъяснил методы лечения и возможные риски, варианты медицинского вмешательства, варианты последствий и результатов лечения, в связи с чем я даю согласие на лечение.

Пациент _____ «____» _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО)