

ООО «СК «Ваш Стоматолог» уведомила о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен (а) до заключения договора _____

(подпись)

(расшифровка Ф.И.О.)

Договор № на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

г. Великий Новгород

Медицинская карта № _____ от _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника «Ваш Стоматолог», именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице Директора Михайлова Алексея Сергеевича действующего на основании Устава, с одной стороны,

и _____
именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель" (Пациент), с другой стороны, далее именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 ООО «СК «Ваш Стоматолог» обязуется оказывать платные медицинские услуги (далее – Услуги) Пациенту по его поручению, а Пациент, пользуясь Услугами, обязуется оплачивать их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим договором.
- 1.2 Предметом настоящего договора являются медицинские услуги, заключающиеся в выполнении персоналом ООО «СК «Ваш Стоматолог» действий, соответствующих установленным стандартам оказания медицинской помощи, и перечисленные в согласованном с Пациентом Плане лечения, являющимся неотъемлемой частью договора.
- 1.3 Наименование, состав и объем Услуг определяются Планом лечения и фиксируются в Медицинской карте Пациента.
- 1.4 Срок оказания Услуг определяется лечащим врачом с момента осмотра Пациента, и зависит от состояния здоровья Пациента и периода необходимого для оказания стоматологических услуг.
- 1.5 ООО «СК «Ваш Стоматолог» оказывает медицинские Услуги в пределах Лицензии на оказание медицинской помощи № Л041-01073-53/00338056 от 10.09.2018 г., выданной Министерством здравоохранения Новгородской области при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической.

II. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. В оговоренное с Пациентом время врач проводит сбор анамнеза и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам обследования врач составляет План лечения, определяющий согласованный сторонами объем оказываемых Пациенту Услуг и их предварительную стоимость.
- 2.2. Подробное описание оказанных Пациенту Услуг содержится в Медицинской карте Пациента, которую ООО «СК «Ваш Стоматолог» обязано вести на каждого Пациента в соответствии с требованиями законодательства и осуществлять её хранение в течении 5 лет со дня последнего посещения Пациента.
- 2.3. Пациент обязан предоставлять ООО «СК «Ваш Стоматолог» всю необходимую информацию для оформления и дальнейшего ведения Медицинской карты Пациента.
- 2.4. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным Планом лечения и Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, удостоверенное подписью Пациента.
- 2.5. ООО «СК «Ваш Стоматолог» имеет право отказать Пациенту в оказании Услуг, если врач выявил у Пациента аллергические реакции, противопоказания или заболевания, исключающие безопасное оказание Услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные инфекционные заболевания, а так же если Пациент отказывается пройти необходимое диагностическое обследование или находится в состоянии опьянения.
- 2.6. Для достижения прогнозируемого результата лечебного процесса Пациент обязан соблюдать все рекомендации врача, содержащиеся в Медицинской карте, Информированном добровольном согласии и Памятке, выдаваемой Пациенту на руки. ООО «СК «Ваш Стоматолог» не несёт ответственности за наступление нежелательных осложнений, в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций врача.
- 2.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменения Плана лечения и (или) выполнения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, то такие Услуги выполняются с предварительного согласия Пациента. Отказ Пациента от проведения дополнительных действий, связанных с медицинским вмешательством, оформляется письменно с разъяснением Пациенту последствий такого отказа.
- 2.8. Пациент подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся стоимости, объема, сроков и особенностей оказываемой медицинской Услуги своей подписью в Плане лечения и Информированном добровольном согласии, являющимися неотъемлемой частью договора.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 3.1. Цены на Услуги, оказываемые ООО «СК «Ваш Стоматолог», определяются в Прайс-листе на медицинские услуги, с которым Пациент обязан ознакомиться при подписании настоящего договора.
- 3.2. План лечения пациента отражается в медицинской документации: медицинская карта стоматологического больного, план лечения, заказ-наряд.
- 3.3. Услуги оплачиваются Пациентом непосредственно в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг, по ценам, действующим на момент оказания Услуг, за исключением пункта 3.5 договора.
- 3.4. Пациент вносит оплату безналичным (банковской картой) или наличным расчетом в рублях в кассу ООО «СК «Ваш Стоматолог». Также оплата может быть произведена на расчетный счет по выставленному счету.
- 3.5. При оказании ортопедических медицинских Услуг Пациент обязан внести аванс, в размере 30 % стоимости Услуг в соответствии с Планом лечения в день начала протезирования. Окончательный расчёт производится Пациентом в день сдачи ортопедической конструкции.
- 3.6. Допускается по согласованию сторон предварительная единовременная оплата в размере 100% от стоимости протезирования (лечения) на начальном этапе путем безналичных или наличных перечислений на счет Исполнителя.

IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Пациент обязан:

- а) ознакомиться с Прайс-листом на медицинские услуги, Положением о предоставлении платных медицинских услуг, Положением о возврате денежных средств, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Правилами оказания и Порядком предоставления платных стоматологических услуг, Правилами приема пациентов, Положением о гарантии размещенными в демонстрационной системе с открытым доступом, утвержденными главным врачом клиники;
- б) подтверждать своей подписью в Плане лечения ознакомление с предварительным диагнозом, с планом лечения и его предварительной стоимостью; подтверждать своей подписью в Информированном добровольном согласии свое согласие на медицинское вмешательство;
- в) своевременно сообщать лечащему врачу всю необходимую ему информацию для планирования и осуществления им лечения, в том числе информацию о состоянии своего здоровья на момент обращения, имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы, анестетики, пыль, болезни крови, реакции десны и кожи, кровотечениях и других состояниях, о вредных для здоровья привычках. Пациент обязан заполнить Анкету анамнеза, в которой указываются все необходимые сведения, и поставить свою подпись;
- г) являться на лечение в согласованное время записи на прием. При невозможности визита Пациент обязан уведомить ООО «СК «Ваш Стоматолог» лично или по телефону о переносе срока приема на другую дату.
- д) своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Услуги, а в случаях, предусмотренных п. 3.5 настоящего договора, вносить аванс;
- е) точно выполнять устные и письменные рекомендации лечащего врача для эффективного и безопасного осуществления процесса лечения и для обеспечения

- пользования его результатами в течение максимального срока. Данные рекомендации указываются в Медицинской карте Пациента и Памятке;
- ж) соблюдать гигиену полости рта и проходить контрольный осмотр не реже одного раза в шесть месяцев;
 - з) соблюдать условия предоставления гарантии (гарантийные условия);
 - и) своевременно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, принимаемых лекарственных препаратах;
 - к) в случае возникновения осложнений, недостатков, иных отклонений в процессе лечения или при выявлении дефектов пломб или зубных протезов в течение гарантийного срока, своевременно, не позднее 5-ти дней с момента выявления, обращаться в ООО «СК «Ваш Стоматолог».

4.2 Пациент имеет право:

- а) получать информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов ООО «СК «Ваш Стоматолог»;
- б) получать исчерпывающую информацию о предоставляемых Услугах;
- в) на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- г) на облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством;
- д) на сохранение в тайне информации о своём здоровье.

4.3 ООО «СК «Ваш Стоматолог» обязуется:

- а) в оговоренное с Пациентом время произвести обследование полости рта Пациента, по результатам обследования предоставить Пациенту информацию о состоянии его полости рта, сути применяемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, 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, предварительную стоимость лечения;
 - б) обеспечить оказание Услуг в рамках согласованного Пациентом Плана лечения, и в соответствии с медицинскими показаниями.
4. ООО «СК «Ваш Стоматолог» имеет право:
- а) в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, предложить Пациенту другого врача для оказания Услуг;
 - б) в случае непредвиденной ситуации задержать прием Пациента на 0,5 часа, либо переназначить на другое свободное время врача;
 - в) отказать в предоставлении Услуг Пациенту, если эти Услуги могут вызвать нежелательные последствия состояния здоровья Пациента.

V. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИИ

- 5.1. Исполнитель предоставляет гарантию на стоматологические услуги на основании Положения об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО «СК «Ваш Стоматолог».
- 5.2 Исполнитель гарантирует Пациенту качество выполняемых всех предусмотренных настоящим договором услуг на уровне действующих стандартов медицинской помощи.

VI. СПОРЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- 6.1 Претензии Пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются ООО «СК «Ваш Стоматолог» в сроки установленные в Законе «О защите прав потребителей». Уполномоченным лицом от ООО «СК «Ваш Стоматолог» при рассмотрении претензии Пациента является главный врач.
- 6.2. Пациент несет ответственность в судебном порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.
- 6.3. Исполнитель несет ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору при наличии доказанной вины.
- 6.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.
- 6.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Договор может быть заключен на основании документа удостоверяющего личность Пациента (желательно паспорт) .
- 7.2. Договор вступает в силу с момента его подписания. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом с использованием клише).
- 7.3. С момента подписания настоящего договора предыдущий договор теряет юридическую силу.
- 7.4. Срок действия договора – бессрочно.
- 7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 7.6. Подписывая настоящий договор, Пациент проинформирован, что в ООО «СК «Ваш Стоматолог» осуществляется видеонаблюдение во время оказания Услуг в целях контроля качества оказания Услуг и повышения уровня удовлетворенности Пациента качеством и сервисом оказываемых ООО «СК «Ваш Стоматолог» Услуг. При этом ООО «СК «Ваш Стоматолог» гарантирует конфиденциальность видеоматериала с Пациентом и защиту его в соответствии с требованиями ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- 7.7. Подписывая настоящий договор, Пациент дает свое согласие на использование информации о своем заболевании, фотографии зубов и полости рта без указания имени и фамилии .
- 7.8. Копии и выписок медицинских документов отражающих состояние здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах лечения и видах лекарственных препаратов и медицинских изделий после получения платных медицинских услуг предоставляются Пациенту без взимания дополнительной оплаты.

С действующим Положением о предоставлении платных медицинских услуг, Положением о возврате денежных средств, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Правилами оказания и Порядком предоставления платных стоматологических услуг, Правилами приема пациентов, Положением о гарантиях, с условиями и порядком Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен.

VIII. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Стоматологическая клиника «Ваш Стоматолог»
ИНН 5321169801 КПП 532101001 ОКАТО 49701000
ОГРН 1145321003959 свидетельство МИФНС № 9 по Новгородской области от 24.06.2014 г. Серия 53 номер 001281447
ОКПО 23539635 ОКВЭД 86.23
Архангельское Отделение № 8637 ПАО Сбербанк р/сч 40702810043000000329 Кор/сч 30101810100000000601 БИК 041117601
Юрид. и факт. адрес 173011 г. Великий Новгород, ул. Восточная, д.13,1Н.
Тел.: 8(8162)99-80-08 E-mail: vashstomatolog-vn@mail.ru Сайт: vashstomatologvn.ru
Директор Михайлов Алексей Сергеевич, действующий на основании Устава

Директор ООО «СК «Ваш Стоматолог» _____ (Михайлов А.С)

Данные внесены со слов Потребителя/Заказчика

Потребитель (Пациент) : _____ Дата рождения _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Документ удостоверяющий личность _____

№ _____, выдан: _____

С действующими Положениями и Правилами клиники ознакомлен и обязуюсь исполнять .

Подпись пациента _____ (_____)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДЛОЖЕННЫЙ ПЛАН СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»

Я, _____ получил (а) в доступной форме информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии у меня стоматологических заболеваний, их предварительном диагнозе и вероятном прогнозе их дальнейшего развития при отсутствии лечения, возможных методах лечения, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанном с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения.

1. Мной, согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения, зафиксированный в моей Медицинской карте стоматологического больного № _____ от _____, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности, возможных неблагоприятных последствиях, в том числе и осложнениях.
2. Мне сообщена предварительная стоимость планируемого лечения, которая будет окончательно установлена по окончании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.
3. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.
4. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.
5. Я понимаю необходимость рентгенографической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного).
6. Я информирован (а) о возможных: побочных действиях прописанных мне лекарственных препаратов, используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, назначения и рекомендации лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.
7. Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
8. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения, или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.
9. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(сна) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами или требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.
10. Я имел (а) возможность, и мной были заданы врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и дающим моему лечащему врачу право начать мое лечение. Настоящее приложение является неотъемлемой частью Договора оказания платных стоматологических услуг.

Пациент: Ф.И.О. _____ подпись _____

Беседу провел врач: _____

Дата _____

