

ООО «СЦ «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 «Стоматологический центр «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 «СЦ «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 «СЦ «Ваш Стоматолог» действий, соответствующих установленным стандартам оказания медицинской помощи, и перечисленные в согласованном с Пациентом Плана 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 «СЦ «Ваш Стоматолог» оказывает медицинские Услуги в пределах Лицензии на оказание медицинской помощи № ЛО41-01073-53/00000269 от 18 февраля 2022 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: рентгенологии, 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 «СЦ «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 «СЦ «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 «СЦ «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 «СЦ «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 Плана лечения и Информированном добровольном согласии, являющимися неотъемлемой частью договора.

### III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 3.1. Цены на Услуги, оказываемые ООО «СЦ «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 «СЦ «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 20 % 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 Плана 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 «СЦ «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) немедленно 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, немедленно, не позднее 5-ти дней с момента выявления, обращаться в ООО «СЦ «Ваш Стоматолог».

4.2 Пациент имеет право:

- а) получать информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов ООО «СЦ «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 «СЦ «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, сущности 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.

4.4 ООО «СЦ «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 «СЦ «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 «СЦ «Ваш Стоматолог» в сроки установленные в Законе «О защите прав потребителей». Уполномоченным лицом от ООО «СЦ «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 «СЦ «Ваш Стоматолог» осуществляется видеонаблюдение во время оказания Услуг в целях контроля качества оказания Услуг и повышения уровня удовлетворенности Пациента качеством и сервисом оказываемых ООО «СЦ «Ваш Стоматолог» Услуг. При этом ООО «СЦ «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 .

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 гарантии, с условиями и порядком Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен.

## VIII . РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель:** ООО «Стоматологический центр «Ваш Стоматолог»

ИНН 5321205827 КПП 532101001 ОКАТО 49401000000

ОГРН 1215300001091 свидетельство МИФНС № 9 по Новгородской области от 25.02.2021 г.

ОКПО 47323590 ОКВЭД 86.23

Новгородское Отделение № 8629 ПАО Сбербанк г. Великий Новгород р\сч 40702810643000002662

Кор\сч 30101810100000000698 БИК 044959698

173020, г. Великий Новгород, ул. Большая Московская д. 122, пом.10

E-mail: [vashstomatolog-vn@mail.ru](mailto:vashstomatolog-vn@mail.ru)

Директор ООО «СЦ «Ваш Стоматолог» \_\_\_\_\_(Михайлов А.С)

**Потребитель (Пациент) :** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

