

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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 Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение.

(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента и подпись)

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Ростов-на-Дону

« ____ » _____ 202__

Пациент (Потребитель)

(ф.и.о. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, Паспорт серия _____ № _____

Выдан « ____ » _____ года, адрес _____

и **ООО «Доктор+»**, свидетельство о присвоении ОГРН 1196196035771, выдано Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 23 по Ростовской области (6161 межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 23 по Ростовской области территориальной участок 6161 по Ворошиловскому району г. Ростова-на-Дону), действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-61-01-007525 от 30 декабря 2019 г., выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области (г.Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33, телефон 2423096) на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медицинской 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, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента при наличии медицинских показаний оказать пациенту платные медицинские услуги, а Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с ПП РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый по выбору Пациента, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования, осмотра и обследования Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет возможные варианты и методы диагностики и лечения, сроки, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

2.3. Средние сроки оказания услуг по Договору указаны в Положении о сроках оказания стоматологических услуг в уголке потребителя. Сроки оказания Услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указываются после проведения обследования и постановки диагноза в приложениях к Договору - Предварительном плане (планах) лечения.

2.4. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после обследования и диагностики и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.5. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, Положением о сроках оказания услуг, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования и нормы.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом лечения и стоимостью услуг. При необходимости изменения плана лечения и стоимости и сроков оказания услуг письменно согласовать изменения с Пациентом и предоставить дополнительные услуги с его согласия или уведомить о расторжении Договора при несогласии Пациента с изменениями плана лечения и рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Пациента о последствиях.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.

3.2.3. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений.

3.2.4. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.5. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг и(или) акт сверки.

3.2.6. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем назначения, рекомендации, правила поведения и условия гарантии.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги.

3.2.8. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Расторгнуть данный Договор при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя ввиду отсутствия технической возможности или необходимой компетенции медицинского персонала.

3.3.2. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

3.3.3. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах стоматологических вмешательств.

3.4.2. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение пациента.

3.4.3. Получить выписку, описание и копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством РФ.

3.4.4. Расторгнуть Договор в любой момент посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.2 С согласия пациента медицинские услуги по плану лечения могут быть оплачены в полном размере предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 банковских дней включительно.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи с нарушением пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением ожидаемых осложнений лечения; при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а также при нарушении Пациентом условий гарантии, а также после истечения сроков гарантии и сроков службы ошестествленных результатов медицинских услуг, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, в том числе режима лечения по срокам оказания услуг, отказ Пациента от продолжения лечения, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для снятия с Исполнителя ответственности за последствия таких действий Пациента, а также для прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг, а также причинить прямой и косвенный вред здоровью Пациента.

5.4. В отношении услуги, на которую установлен гарантийный срок, исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия услуги потребителем вследствие нарушения им правил использования результата услуги, действий третьих лиц или непреодолимой силы. К ним, в частности, относятся травмы, операции, появление или обострение у Пациента в период гарантийного срока заболеваний, а также изменения состояния организма (вследствие беременности, приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах, зубных протезах, имплантатах и окружающих их тканях челюстно-лицевой области.

6. Порядок разрешения споров

6.1. При возникновении у Заказчика претензий по оказанию медицинских услуг, ему рекомендуется известить об этом Исполнителя, который обязан принять безотлагательные меры к устранению недостатка, либо дать соответствующие разъяснения Заказчику.

6.2. Претензии рассматриваются в соответствии с нормами действующего законодательства и положениями Договора.

6.3. При не достижении согласия в ходе рассмотрения претензий спор между Исполнителем и Заказчиком рассматривается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

7. Прочие условия

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. Пациент имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в соответствии с правилами, утвержденными приказом МЗ РФ №425н.

7.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

7.3. Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом. Пациент уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопотоколирования этапов оказания мед. услуг и дает на это свое согласие.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе гос. гарантий ОМС.

8. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие ошестествленный результат. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не ошестествленные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг согласно принятым методикам лечения. Гарантийные обязательства полностью утрачиваются при нарушении условий настоящего Договора, положения о гарантиях, врачебных рекомендаций, в том числе графика визитов и режима лечения. Полная информация о

сроках и условиях гарантии, сроках службы овещественных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на интернет-сайте www.doctorshuvalov.com и на информационном стенде Исполнителя.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного календарного года с момента вступления его в силу. Договор может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за 10 дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий договор.

9.2. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по обоюдному соглашению Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, по окончанию срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству РФ.

9.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. Реквизиты сторон:

Исполнитель :

ООО «Доктор+»

Заказчик:

ФИО _____

ИНН 6161088871

КПП 616101001

ОГРН 1196196035771

г.Ростов-на-Дону ул. Добровольского , 2/1

комнаты 33а,55,58

Тел.+7(863) 207-207-1

Р/С 40702810806600144763

Ростовский филиал Банка «Возрождение» (ПАО)

БИК 046015762

К/С 30101810900000000205

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

Адрес _____

Телефон _____

Директор

А. Н. Шувалова

МП

Подпись _____

Приложение № 1

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Доктор+» в соответствии с :

- Лицензией № ЛО-61-01-007525 от 30 декабря 2019г., выданной Министерством Здравоохранения Ростовской 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, ортодонтии , стоматологии детской, стоматологии общей практики., стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

Приложение №2 к договору на оказание платных стоматологических услуг в ООО «Доктор+»

№ _____ от « _____ » _____ 202_ г

План лечения

План лечения может быть дополнен и изменен по согласованию с пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями плана лечения по медицинским показаниям или изменением его стоимости лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

Срок лечения по данному плану составляет _____.

Мне понятен план, объем и срок лечения, возможные осложнения на всех этапах лечения, возможность возникновения необходимости дополнительных обследований, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты за иные услуги в случае возникновения медицинских показаний. Мне разъяснили значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией плана лечения. Я имел(а) возможность задать любые вопросы врачу и получил(а) ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяю квалификации специалистов ООО «Доктор+»

С планом лечения ознакомлен и согласен: _____

Ф.И.О. Пациента

подпись

Врач:

Ф.И.О.

подпись

Дата: « _____ » _____ 202_ г.

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" ____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. и подпись гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" ____ г.
(дата оформления)