

До заключения настоящего договора Исполнитель уведомляет Потребителя 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, о необходимости соблюдения правил поведения и правил внутреннего распорядка в медицинском учреждении.

С данным уведомлением ознакомлен _____

(ФИО, подпись, дата)

ДОГОВОР **оказания платных стоматологических услуг** **по ортодонтическому лечению**

“ ____ ” _____ 201 ____ г. г. Биробиджан

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения “Стоматологическая поликлиника” (ОГРН 1027900509427, дата присвоения 25.11.2002, ИФНС по г.Биробиджану ЕАО, лицензия: серия ЛО-79 0000377 № 79-01-0000377 от 30 июня 2016г., на осуществление медицинской деятельности, выдана Управлением здравоохранения правительства ЕАО ул. Шолом-Алейхема 21, тел. 2-10-76, ИНН 7900002268) в лице главного врача Лакис Марины Ильиничны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем “ИСПОЛНИТЕЛЬ”, с одной стороны, и физическое лицо

(Ф.И.О. полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем “ПАЦИЕНТ”, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется по поручению Пациента оказать стоматологические услуги по ортодонтическому лечению, а Пациент обязуется оплатить эти услуги согласно наряду, составленному на основании прейскуранта цен и определяющего вид, объем и стоимость оказанных услуг.

2.2. Вид и объем предоставляемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями, техническими возможностями Исполнителя и по требованию пациента может быть оформлен предварительной сметой на ортодонтическое лечение и нарядом на фактически выполненные работы.

2.3. Пациент согласен на оказание стоматологических услуг, предлагаемых Исполнителем. Пациент согласен с действующим прейскурантом цен на оказываемые услуги, с которым предварительно ознакомлен.

3. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ:

3.1.1. Предоставить в доступной форме Пациенту полную и достоверную информацию о видах и порядке предоставления стоматологических услуг (в том числе бесплатных), обеспечивающую возможность их правильного выбора.

3.1.2. Провести опрос и осмотр Пациента. Уведомить его о состоянии полости рта и о результатах обследования, ознакомить с диагнозом и ориентировочными сроками лечения, согласовать виды и объем медицинской помощи (план лечения).

При проведении осмотра может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые оказываются Пациенту за отдельную плату.

3.1.3. Предоставить Пациенту информацию о медицинских вмешательствах, разъяснив при этом суть предстоящего лечения, применяемых технологий, преимущества используемых материалов, о возможных рисках и последствиях. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.1.4. Оказать услуги надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми на территории РФ к методам диагностики, профилактики и лечения, с применением разрешенных технологий

и обезболивающих (по показаниям и выбору Пациента) средств, в согласованное время и сроки. При этом сроки оказания услуг зависят от формы заболевания, необходимого объема вмешательств и определяются с учетом медицинских стандартов по стоматологической помощи или медико-технологических требований.

3.1.5. Оказать стоматологические медицинские услуги в срок с "___" _____ 201__г. по "___" _____ 201__г. В случаях осложненного стоматологического лечения сроки оказания стоматологических медицинских услуг устанавливаются индивидуально.

3.1.6. Занести в медицинскую карту Пациента установленный диагноз и информацию о ходе лечения. Медицинская карта Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора, существует в единственном экземпляре и хранится в поликлинике.

3.1.7. Поставить в известность Пациента в случае возникновения в процессе лечения необходимости в изменении вида и объема медицинской помощи (плана лечения), влияющих на общую стоимость услуг, и согласовать указанные изменения с Пациентом.

3.1.8. Устранять за свой счет недостатки при условии соблюдения Пациентом всех врачебных рекомендаций и условий договора, возникших по вине Исполнителя в течение гарантийного срока.

3.1.9. Сохранять конфиденциальную информацию, полученную в рамках Исполнителя договора, в порядке, установленном законодательством РФ.

3.2. ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ:

3.2.1. Ознакомиться с информацией об оказываемых услугах, в т.ч. бесплатных, с прейскурантом цен и стоимостью услуги. При необходимости задать лечащему врачу все интересующие вопросы, в противном случае он не вправе ссылаться на непредоставление Исполнителем необходимой информации.

3.2.2. Являться на прием в согласованное с лечащим врачом время. При невозможности прибыть в срок Пациент извещает Исполнителя об этом не менее чем за 1 рабочий день.

3.2.3. Производить оплату услуг в порядке, установленном разделом 5 настоящего договора.

3.2.4. До начала лечения сообщить врачу о перенесенном гепатите и о наличии у него ВИЧ-инфекции и других заболеваниях. Врач обязуется сохранить конфиденциальность полученных сведений.

3.2.5. Для обеспечения качества и эффективности оказания услуги, сохранения достигнутых результатов: – сообщить врачу достоверные сведения об общем состоянии своего здоровья и незамедлительно извещать о его изменении в процессе лечения, о наличии аллергии к применяемым препаратам и наличии противопоказаний по их применению, иных индивидуальных особенностях организма;

– выполнять все рекомендации и назначения врачей во время и по окончании лечения;

– соблюдать гигиену и выполнять мероприятия по уходу за полостью рта во время и после лечения;

3.2.6. При необходимости повторного и последующих посещений Пациент обязуется являться для продолжения лечения в согласованное с лечащим врачом время, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за результаты лечения и возникшие осложнения.

4. ПРАВА СТОРОН

4.1. ПАЦИЕНТ ВПРАВЕ:

4.1.1. Отказаться от исполнения договора на любом этапе при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.1.2. На основании письменного заявления в течение 10-ти рабочих дней получать выписку из медицинской карты или копию медицинской карты, а так же справку утвержденной формы об оплате медицинских услуг.

4.1.3. Получить полную информацию о платных медицинских услугах, в том числе:

– о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

– информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу;

– информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

– другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ВПРАВЕ:

4.2.1. При неоднократном нарушении Пациентом условий настоящего договора (п.п. 3.2.2, 3.2.5, 3.2.6) расторгнуть договор в порядке, установленном законодательством.

4.2.2. Расторгнуть настоящий договор, если в процессе лечения Пациент настаивает на изменении методики лечения, применяемых материалов, конструкции медицинского изделия, которые не соответствуют медицинским требованиям, нецелесообразны по показаниям и ухудшают качество стоматологических услуг. При расторжении договора Пациент возмещает Исполнителю понесенные расходы на день расторжения договора.

4.2.3. Изменить вид и объем лечебных мероприятий (изменения в план лечения) в случае возникновения необходимости по медицинским показаниям и с согласия Пациента. При отказе Пациента от нового вида и объема медицинских мероприятий настоящий договор подлежит расторжению с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.2.4. При необходимости направить Пациента в другое медицинское учреждение для проведения за его счет дополнительных диагностических исследований или на консультацию.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Предварительная стоимость ортодонтических услуг составляет _____ рублей.

Оплата за стоматологические услуги по ортодонтическому лечению осуществляется Пациентом через кассу поликлиники путем оформления квитанции, являющейся документом строгой отчетности. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Пациенту выдается копия квитанции.

5.2. Оплата стоматологических услуг по ортодонтическому лечению производится Пациентом за каждое посещение в размере стоимости произведенных стоматологических услуг по наряду.

5.3. По требованию Пациента на предоставление платных стоматологических услуг может быть составлена окончательная смета, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с Гражданским Кодексом РФ и Законом РФ "О защите прав потребителей".

6.2. Исполнитель не несет имущественной ответственности за неблагоприятный исход заболевания, возникновение побочных (в том числе аллергических) реакций, ухудшение первоначально достигнутых результатов в случаях: невыполнения Пациентом пунктов договора 3.2.2, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.7; расторжения договора по инициативе или по вине Пациента (пункты 3.1.3, 4.1.1, 4.2.1, 4.2.2); отказа Пациента от дополнительных обследований, постановки проб, необходимых для адекватного лечения и профилактики осложнений.

6.3. Осложнения, возникшие после оказания стоматологической помощи, при отсутствии недостатков ее выполнения, являющиеся следствием других причин (тяжесть общего состояния здоровья пациента, непредвиденные реакции организма пациента на медицинские вмешательства), не являются недостатком оказанных стоматологических услуг и не влекут ответственность Исполнителя.

6.4. Исполнитель уведомляет Пациента о том, что изготовленные зубные протезы, аппараты, реставрация и пломбирование зубов - позволяют восстановить анатомическую функцию, однако не заменяют в полной мере собственный орган. После оказания услуги могут возникнуть дискомфорт и болезненные ощущения, которые не считаются недостатком услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы.

7. ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА

7.1. Пациент вправе предъявить требования, связанные с недостатками результата работы, обнаруженными в течение гарантийного срока.

7.2. Гарантийный срок на результаты работы - один год. Гарантийный срок начинается течь с момента, когда результат выполненной работы был принят или должен был быть принят Пациентом.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составлен в двух экземплярах, вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами.

8.2. Медицинская карта со всеми приложениями, наряды на оказание услуг с расчетом их стоимости хранятся у Исполнителя и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

8.3. При заключении договора Пациенту предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Пациенту, имеющему право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и добровольно изъявившему желание получить услуги на платной основе (досрочно, вне очереди, с применением альтернативных материалов и технологий лечения и т.п.), уплаченные денежные суммы за качественно оказанные услуги по настоящему договору возврату не подлежат.

Пациент подтверждает, что договор им прочитан, смысл и значение каждого пункта ему разъяснены и соответствуют его намерениям; о возможности и условиях оказания бесплатной стоматологической помощи проинформирован; с действующим прейскурантом цен, сроками службы, информацией на медицинские вмешательства ознакомлен. На оказание платных стоматологических услуг и на обработку персональных данных в медико-профилактических целях в рамках настоящего договора Пациент согласен.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ОГБУЗ "Стоматологическая поликлиника"

679000, г. Биробиджан, ул. Дзержинского, 12

ИНН 7900002268

КПП 790101001

Расчетный счет: 40601810400001001023

Лицевой счет: 20786У53380

Банк: Отделение Биробиджан

БИК: 049923001

Главный врач

М.И. Лакис

ПАЦИЕНТ: _____

паспорт серии _____ выдан " _____ " _____ г.

кем _____

Домашний адрес, _____

телефон _____

(подпись Пациента)