

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРОВ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ (СТОМАТОЛОГИЯ)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я _____ ;
_____ уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Также я уведомлен о том, что имею право на получение медицинских услуг бесплатно в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Смоленской области.

Заказчик _____ (_____) «__» _____ 20__ г; Пациент _____ (_____) «__» _____ 20__ г

ДОГОВОР О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № _____

г. Смоленск

«__» _____

_____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВП КЛИНИКС», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Павлова Артема Игоревича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гр. _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах гр. _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную стоматологическую услугу, в соответствии с лицензией* № ЛО41-01128-67/00350963 от 27.01.2022г, Протоколом согласования договорной цены (Приложение № 1 к настоящему договору), а Пациент обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг не более 30 календарных дней. Лечащим врачом является: _____.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. 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 или протезирования.

2.1.2. 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.

2.1.3. Информировать Пациента о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.

2.1.4. Исполнитель определяет Пациенту на отдельные услуги - терапевтическое лечение и протезирование - гарантийный срок продолжительностью 1 (один) год, а также срок службы продолжительностью 2 (два) года, при условии выполнения Пациентом требований, предусмотренных п.п. 4.1. настоящего договора, если иное не определено в учетно-регистрационной документации, оформляемой по окончании оказания услуги.

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

2.1.6. 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.

2.1.7. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом в «Протоколе согласования договорной цены», при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы.

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

2.1.9. По письменному заявлению пациента (законного представителя пациента) не позднее 3х рабочих дней, предоставить заявителю копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.1.10. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения его обязанности по лечению, с согласия Пациента, исполняет другой лечащий врач стоматологической клиники.

2.1.11. В случае не приживления импланта Исполнитель берет на себя обязательство проведения повторной операции имплантации за свой счет.

2.2. Пациент и Заказчик уведомлены о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, и обязуются:

2.2.1. Предоставить необходимую и достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследовании и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине – в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с определенными для Пациента гарантийным сроком на оказанные услуги, сроком службы, а также с условиями, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются. Подписание Пациентом настоящего договора является также подтверждением факта ознакомления и согласия Пациента с гарантийным сроком на оказанные услуги, сроком службы, а также с условиями, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются.

2.2.5. Удостоверить личной подписью в оформляемой Исполнителем 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 намеченным к выполнению планом лечения и его стоимостью; факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения; факт добровольного информированного согласия на все проводимые манипуляции.

2.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.2.7. В случае необходимости, для проведения отдельных видов лечения, в том числе имплантации и повторной имплантации, Пациент приобретает за счет собственных средств расходные медицинские материалы.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом в размерах, определяемых согласно Протоколу согласования договорной цены (Приложение № 1 к настоящему договору).

3.2. Оплата услуг в полном объеме производится Пациентом в рублях наличными в кассу Исполнителя в день окончания оказания услуги, либо на расчетный счет Исполнителя не позднее 5 календарных дней с момента окончания оказания услуги.

3.3. В случае осуществления долгосрочного лечения (протезирование либо ортодонтическое), оплата услуг производится авансовыми платежами по мере оказания услуги в размерах, определяемых согласно Протоколу согласования договорной цены (Приложение № 1 к настоящему договору).

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- выполнить весь согласованный план лечения;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;
- своевременно сообщать Исполнителю о возникших осложнениях;
- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения предоставлять документы, подтверждающие необходимость произведенного вмешательства (выписка из медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты обследования и лечения на иных носителях).

4.2. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока следующих обстоятельств:

- беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, игнорирование обязательного профилактического осмотра, проводимого 1 раз в 6 месяцев, (после проведения зубного протезирования с опорой на стоматологических имплантах 1 раз в 3 месяца) и (или) рекомендаций лечащего врача.

4.3. Исполнитель не несет гарантийных обязательств перед Пациентом в следующих случаях:

- при лечении зубов, ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению; при невозможности проведения или отказе Пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков; при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий, предложенных врачами клиники; при несогласии Пациента с рациональным планом протезирования, предложенного ортопедом в соответствии с расчетом выносливости пародонта опорных зубов, учитывая данные исследований; при просьбе Пациента о лечении и протезировании зубов со сложным пародонтальным прогнозом (деструктивные формы периодонтита, невозможность перелечивания корневых каналов зуба и др.); при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению; при установке протеза, изготовленного специалистами других лечебных учреждений; при починке съемного протеза, изготовленного в другом лечебном учреждении или с истекшим сроком гарантии; при прекращении лечения по инициативе Пациента; при возникновении осложнений по вине Пациента: несоблюдения гигиены полости рта, невыполнения назначенного лечения, несвоевременного сообщения о возникших осложнениях и др.

Гарантия не распространяется:

- на фиксацию декоративных назубных украшений; на ортодонтическое, хирургическое лечение; на пародонтологическое лечение и профессиональную чистку; -на отбеливание зубов; на лечение молочных зубов; на иные услуги, которые не являются терапевтическим лечением и (или) протезированием.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Пациент в случае обнаружения в оказанном лечении недостатков, если они не были оговорены Исполнителем, по своему выбору, вправе применить положения законодательства РФ О защите прав потребителей, с учетом особенностей, связанных с характером оказанной услуги. Ответственность сторон при неисполнении либо ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Пациент подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, фотографическое изображение полости рта, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья; заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, а также в целях организации внутреннего учета Исполнителя. В процессе оказания Услуг по Договору Пациент предоставляет право Исполнителю передавать свои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, должностным лицам Исполнителя в интересах своего обследования, лечения и внутреннего учета Исполнителя.

6.2. Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Пациента.

6.3. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента путем внесения их в электронную базу данных Исполнителя. Исполнитель вправе обмениваться персональными данными со страховой медицинской организацией во исполнение договора ДМС.

6.4. Пациент дает согласие на получение рекламных и новостных сообщений о продуктах, услугах и деятельности Исполнителя путем распространения информации по сетям электросвязи, в том числе посредством рассылки писем на адрес электронной почты и смс сообщений на телефонный номер, указанные Пациентом в разделе 7 Договора.

6.5. Вышеуказанные согласия действуют бессрочно до момента их отзыва Пациентом, который осуществляется путем направления в адрес Исполнителя по почте заказного письма с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Исполнителя письменного заявления об отказе от предоставления настоящих согласий.

6.6. В случае получения Исполнителем письменного заявления от Пациента об отзыве вышеуказанных согласий. Исполнитель обязан прекратить обработку персональных данных Пациента в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных Пациенту до этого Услуг, а также воздержаться от дальнейшей рассылки рекламной информации Пациенту.

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

6.8. Настоящий договор может быть расторгнут одной из сторон в соответствии с действующим законодательством в случае нарушения другой стороной, принятых на себя обязательств.

6.9. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются: «Медицинская карта стоматологического больного», «Протокол добровольного информированного согласия Пациента на проведение стоматологического обследования и лечения» (Приложение № 2 к настоящему договору), которые хранятся у Исполнителя, и «Протокол согласования договорной цены» (Приложение № 2 к настоящему договору).

6.10. В случае возникновения между сторонами разногласий, связанных с исполнением услуг по настоящему договору, несогласная сторона может обратиться за разрешением вопроса в клинично-экспертную комиссию (к эксперту) территориальной организации Стоматологической Ассоциации Смоленской области, заключение которой (которого) будет являться обязательным для сторон.

6.11. Стороны будут стремиться решать все спорные вопросы путем переговоров, в случае недостижения согласия – в судебном порядке.

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

6.13. Стороны добровольно и осознанно заключают настоящий договор.

6.14. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

* лицензия № ЛО41-01128-67/00350963 от 27.01.2022г на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; косметологии; организации здравоохранению и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии хирургической, лицензирующий орган Министерство здравоохранения Смоленской области, 214000, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1 тел. 29-22-19.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

**Общество с ограниченной
ответственностью «ВП КЛИНИКС»**

ИНН 6732197797 ОГРН 1206700010538

зарег. Межрайонной Инспекцией ФНС
№5 по Смоленской области 13.07.2020 г.,
адрес: г. Смоленск, пр. Гагарина, д. 23В,
тел. 8 (4812) 20-61-20

Р/счет 40702810959000011710
Смоленское отделение № 8609 ПАО
Сбербанк

, К/счет 30101810000000000632

Пациент:

(Ф.И.О., место жительства, дата
рождения, телефон)

тел. _____

Заказчик:

Тоже что и у пациента

214013, г. Смоленск, пер. Юннатов, д. 4,
пом. 12.1 Тел 8-952-532-98-37

Паспортные
данные _____

Генеральный директор
_____/А.И.
Павлов/

_____/_____
_____/

Ф.И.О.
подпись

Экземпляр договора на руки
получил _____ (
_____) _____

Ф.И.О. подпись дата

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Приложение № 1 к договору

№ _____ от _____ г.

о возмездном оказании

стоматологических услуг

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ ДОГОВОРНОЙ ЦЕНЫ

«Исполнитель» и «Пациент», в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом (далее – Прейскурант), согласовали итоговую цену Договора за оказание Исполнителем следующих услуг:

« _____ »

_____ ;

« _____ »

_____ ;

« _____ »

_____ ;

« _____ »

_____ ;

(дата)
(подпись пац.)

(вид лечения, срок оказания услуги)

(сумма)

Оплата производится Пациентом в день подписания настоящего протокола согласования договорной цены (далее - Протокол).

Стороны пришли к соглашению, что состав вышеперечисленных услуг и срок их оказания может быть изменен в связи с возникновением в процессе оказания услуг обстоятельств, вызванных причинами, выявление которых лечащим врачом, действовавшим с достаточной степенью осмотрительности и осторожности, было невозможно либо затруднительно на момент подписания настоящего Протокола. При этом размер итоговой цены Договора может быть изменен. Настоящий Протокол составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон, и подлежит изменению в случае оказания услуг, ранее не предусмотренных Договором.

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Пациент:

**Общество с ограниченной ответственностью «ВП
КЛИНИКС»**

214013г. Смоленск, пер.Юннатов,д.4

тел. (4812) 33-99-33, Тел 8-952-532-98-37

(Ф.И.О.)

Генеральный директор _____/А.И.
Павлов /

_____/_____/

Пациент принял указанные в данном протоколе услуги в полном объеме в установленный договором срок. Претензий относительно качества, сроков и порядка оказания услуг пациент не имеет

«__» _____ г. _____/_____ /

«__» _____ г. _____/_____ /

«__» _____ г. _____/_____ /

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Утверждено приказом

Министерства здравоохранения РФ
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Приложение № 2 к договору № _____ от
_____ г.

О возмездном оказании стоматологических услуг

**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 либо законного представителя)

«__» _____ г. _____ рождения, _____ зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гр. либо законного представителя)
законного представителя)

(адрес регистрации гражданина или

_____, _____ Проживающего по адресу:

(указывать в случае проживания не по месту

регистрации)

В отношении _____, « _____ »
_____ г. рождения,

(ФИО (при наличии) пациента при подписании Согласия законным представителем)

Проживающего _____ по _____ адресу:

(в случае проживания не по месту жительства 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 (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"

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 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), в том числе смерти:

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

Приложение N 3

к Договору возмездном оказании медицинских услуг от "___" _____ г. N ____

Акт оказанных возмездных медицинских услуг

г. Смоленск

"___" _____ г.

_____, именуемая (ый) в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ООО «ВП КЛИНИКС», именуемая в дальнейшем "Исполнитель", осуществляющий свою деятельность на основании Лицензии от 27.01.22г. 2022г. №ЛО41-001128-67/00350963, в лице генерального директора Павлова А.И., с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором на оказание возмездных медицинских услуг от "___" _____ г. N ____ (в дальнейшем по тексту - "Договор") Исполнитель оказал Пациенту следующие стоматологические услуги:

Пациент принял и оплатил оказанные услуги Исполнителя на общую сумму _____ (_____) рублей.

2. Оказанные Исполнителем услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора, выполнены в срок и полностью приняты Пациентом.

3. Пациент не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

4. Настоящий Акт, в соответствии с условиями Договора, является основанием для проведения расчетов Сторон за оказанные услуги.

5. Настоящий Акт составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную силу, и хранится по одному у каждой из Сторон, подписавших настоящий Акт.

Исполнитель

Пациент

_____/_____ / _____/_____

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ "___" _____ г. рождения, (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя) зарегистрированный _____ по _____ адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ "___" _____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента дата рождения при подписании отказа законным представителем) при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи _____

_____отказываюсь от следующих видов
медицинских

(полное наименование медицинской организации)
вмешательств, включенных 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 390н¹:

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
Медицинским

работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных
видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания
(состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского
вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или
нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ,
я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид
(виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

Г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

" "