

ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Россошь

« ____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Три М» (ООО «Три М»), ОГРН 1213600019621, ИНН 3627032825, Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01136-36/00325028 от 11.08.2021 выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области на осуществление видов деятельности/выполнение следующих работ (услуг): сестринское дело, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» «лечебное учреждение», в лице Генерального директора Мерного С.В., действующего на основании Устава, с одной стороны и

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик»/ «Законный представитель» с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Заказчик (Пациент) поручает, а Исполнитель обязуется **оказать платную стоматологическую помощь** (медицинские услуги: стоматология терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, ортодонтия, далее - «медицинские услуги»).

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом. Объем услуг так же может быть отражен в акте сдачи-приемке оказанных услуг.

1.3. Медицинские услуги оплачиваются Заказчиком (Пациентом) в соответствии с прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Ознакомить Заказчика (Пациента) с порядком оказания медицинских услуг и планом лечения.

2.1.2. Оказывать Пациенту медицинские услуги, предусмотренные в п.1.1. договора с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

2.1.3. Вести медицинскую карту Пациента и другую документацию при оказании медицинских услуг.

2.1.4. Поставить в известность Заказчика (Пациента) о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и возможных осложнениях при оказании медицинских услуг.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Заказчиком (Пациентом), а также врачебную тайну.

2.1.6. Предоставить гарантию на оказанные медицинские услуги на срок до 12 месяцев, при условии прохождения профилактического осмотра 1 раз в 6 месяцев.

В случаях, когда Исполнитель осуществляет лечение зубов, ранее леченных в других медицинских учреждениях, вопрос о гарантиях решается индивидуально.

Гарантия не предоставляется и не распространяется:

- на медицинские услуги, связанные с украшением зубов стразами, скэйсами и прочим, так как данные услуги носят косметический характер и осуществляются исключительно по желанию Заказчика (Пациента), не являясь необходимостью, обусловленной медицинскими показаниями;

- на медицинские услуги, оказываемые врачом- ортодонтом.

Гарантия предоставляется в соответствии с условиями Положения о гарантиях.

2.2. Заказчик (Пациент) обязан:

2.2.1. Лично записаться на прием.

2.2.2. Являться на прием в строго назначенное время.

В случае опоздания (неявки) Пациента Исполнитель оставляет за собой право на перенос времени оказания медицинских услуг или отмену получения услуги.

2.2.3. В случае подписания настоящего договора:

- заполнить анкету о своем здоровье (анкета о здоровье пациента - Приложение №1 к настоящему договору),
- ознакомиться и, в случае согласия, подписать иные дополнения к настоящему договору (информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных и пр.).

2.2.2. Лично и до момента подписания настоящего договора ознакомиться с прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, положением о гарантиях, которые размещены на информационном стенде Исполнителя.

2.2.3. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.2.4. Немедленно извещать о всяких осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.2.5. Предупредить врача о невозможности явки на прием не менее чем за одни сутки по телефону:

- 8(920)225-26-27, 8(951)870-28-28 – при записи на прием к врачу - терапевту, хирургу, ортопеду,

- 8(920)448-77-17 – при записи на прием к врачу-ортодонту.

3. ПРАВА СТОРОН

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для оказания медицинских услуг Пациенту.

3.1.2. Делать рентгеновские снимки, диагностические модели и проводить любые диагностические мероприятия, которые врач найдет необходимым для обследования и лечения Пациента с оплатой за счет Пациента.

3.1.3. Требовать и получать от Пациента сведения и документы (в случаях предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимые для эффективного лечения.

3.1.4. Отказать в приеме Пациента в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- действий Пациента, угрожающих жизни и здоровью персонала;

- когда требуемые Пациенту услуги не входят в ранее оговоренный объем медицинских услуг или план лечения;

- когда у Пациента выявлены противопоказания к проведению лечения;

- в иных случаях, установленных законодательством и настоящим договором.

3.1.5. Вести аудио и видео наблюдение на территории клиники с целью предотвращения террористических актов, конфликтных ситуаций и для улучшения качества лечения.

3.2. Заказчик (Пациент) имеет право:

3.2.1. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Прекратить лечение в любой момент по собственному желанию, оплатив Исполнителю медицинские услуги, оказанные на момент прекращения лечения в день прекращения лечения.

4. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется прейскурантом цен.

4.2. Пациент оплачивает стоимость медицинских услуг по окончании каждого визита, если сторонами не будет согласовано иное.

4.3. Оказываемые медицинские услуги не входят в программу добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими другими источниками.

4.4. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания медицинских услуг (в том числе с условиями, отраженными в ПОЛОЖЕНИИ О ГАРАНТИЯХ) и прейскурантом цен, размещенным на информационном стенде/стойке администратора, до заключения настоящего договора.

4.5. Заказчик (Пациент) в доступной форме проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы Пациент в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в стоматологической поликлинике БУЗ ВО «Россошанская РБ» (адрес: 396650, г. Россошь, ул. Пролетарская, д. 64, тел: 4739620465).

Исполнитель НЕ УЧАСТВУЕТ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за качество оказанных медицинских услуг.

5.2. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности за возникновение осложнений, возникших по вине Заказчика (Пациента) в случае:

5.2.1. Несоблюдения гигиены полости рта, невыполнения назначений врача, несвоевременном сообщении о возникших осложнениях и др.

5.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

5.2.3. Возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении у другого врача.

5.2.4. Прекращения лечения по желанию Заказчика (Пациента) при незавершенном лечении, а также в случае неявки или обращения Пациента в другую стоматологическую клинику, к другому врачу.

5.3. Претензии к эстетике реставрации (пломбы, виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) после фиксации работы в полости рта и оплаты не принимаются.

5.4. На основании законодательства РФ об охране здоровья граждан, Заказчик (Пациент) разрешает сведения, полученные в ходе его обследования и лечения и составляющие врачебную тайну, сообщать сотрудникам Исполнителя в объеме, необходимом для всестороннего и качественного обследования, лечения и осуществления его безопасности.

5.5. Все возможные споры, которые возникают в связи с настоящим договором, стороны будут решать путем переговоров. В случае не урегулирования Сторонами споров и разногласий, предъявляемые претензии разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в суде по месту нахождения Исполнителя.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Всякие изменения и дополнения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу и вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами.

6.3. Пациент (Заказчик) дает разрешение/согласие Исполнителю:

- делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые диагностические мероприятия, которые доктор найдет необходимым для тщательного исследования моих нужд;

- проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать необходимые по показаниям лекарства, использовать любого ассистента, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым;

- делать фотографии, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами и использовать их для научных или образовательных целей;

- на передачу сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам, в том числе оплачивающим мое лечение и должностным лицам (в том числе другим врачам) в интересах обследования и лечения, использование этих сведений в учебном процессе и иных целях;

- вести аудио и видео наблюдение;

- на обработку персональных данных.

6.4. Я понимаю, что я ответственен за оплату медицинских услуг, оказанных Исполнителем.

Я понимаю, что я полностью отвечаю за всю стоимость лечения и я понимаю, что в процессе может возникнуть необходимость в его модификации(ях), влияющих на стоимость, что будет обсуждено со мной при ближайшей возможности.

6.5. Пациент дает свое согласие на получение рекламной информации от Исполнителя.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Информация, отраженная в анкете о здоровье пациента (Приложение №1 к настоящему договору), является крайне важной для того, чтобы обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с состоянием Вашего здоровья. Ваше участие в полноте и достоверности этой информации необходимо для безопасности Вашего здоровья и эффективности медицинских услуг. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Исполнитель не несет ответственности за негативные последствия оказания медицинских услуг, возникшие в следствие отражения Пациентом в анкете здоровья пациента неполной и/или недостоверной информации о своем здоровье.

Исполнитель

ООО «Три М»
ОГРН 1213600019621,
ИНН 3627032825/КПП 366501001
396655, Воронежская обл., г. Россошь, ул. Белинского, д.27,
помещение II
Тел.: 8(920)225-26-27, 8(910)746-72-39
Р/С 40702810213000046380 в ПАО Сбербанк РФ г. Россошь
к/сч 30101810600000000681
БИК 042007681

Пациент

Я (Субъект персональных данных),
ФИО _____
Год рождения _____
Адрес _____
Контактный телефон _____
Паспортные данные _____

ООО «Три М»
частная стоматология

Заказчик (Законный представитель)

ФИО _____

Контактный телефон _____

Паспортные данные _____

Генеральный директор _____/Мерный С.В.

_____/_____