

До заключения договора Исполнитель 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 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 соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ подпись пациента

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Нижний Новгород

« _____ » _____ 20__ г.

Пациент (Потребитель)

(ф.и.о. физического лица)

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

Выдан « _____ » _____ года, _____

зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

и ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе», свидетельство о присвоении ОГРН 1165260050890 серия 52 №005375837 выдано ИФНС по Нижегородскому району г. Нижнего Новгорода в лице Генерального директора Долидзе Анны Георгиевны, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-52-01006809 от 23.03.2020г., выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области на осуществление медицинской деятельности по амбулаторно-поликлинической, в том числе специализированной медицинской помощи по ортодонтии, стоматологии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

1.1 Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг в ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Законом РФ об охране здоровья граждан, Законом РФ «О защите прав потребителей», ГК РФ.

1.2 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.

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 и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, вместе с Пациентом составляет Предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и Предварительным планом лечения.

2.3. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указывается 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 предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, Положением о гарантиях, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе».

2.6 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

Подпись пациента

- 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, плане лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть договор по инициативе потребителя при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья пациента.

3.2 Пациент обязан:

- 3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
- 3.2.2. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.
- 3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и предупредить за 24 часа об отмене визита.
- 3.2.4. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).
- 3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю незамедлительно в разумные сроки.
- 3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.
- 3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг.
- 3.2.8. Посещать клинику Исполнителя 1 раз в 6 месяцев для бесплатного планового профилактического осмотра.
- 3.2.9. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем рекомендации, правила поведения и условия гарантии.

3.3 Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.
- 3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору и «Положением о гарантиях» в ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе».
- 3.3.4. Расторгнуть данный Договор по инициативе потребителя при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при неявке Пациента на прием без уведомления.
- 3.3.5. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.
- 3.3.6. 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.
- 3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.
- 3.4.3. Расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.

4. Порядок оплаты

- 4.1. Пациент производит оплату медицинских услуг по прейскуранту 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.
- 4.3. В случае изменения стоимости оказываемых исполнителем платных медицинских услуг по прайсу в процессе лечения делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по предварительному плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги.
- 4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Пациенту в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.
- 4.5. При неоплате Пациентом стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.
- 4.6. При наличии у Исполнителя и Пациента договора, заключенного с третьими лицами (например, страховыми компаниями), оплата за оказанные Пациенту услуги может быть произведена за счет третьих лиц на условиях и в объемах, предусмотренных таким договором.

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 врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; 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 после истечения сроков гарантии и сроков службы о вещественных результатов медицинских услуг, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 20 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Потребителя и 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.

5.4. Стороны полностью освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов. Стороны договорились о том, что качество оказанных платных медицинских услуг должно соответствовать Договору. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Срок устранения признанных Исполнителем претензий по договору назначается пациентом равным 3 месяцам.

6.2. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

7.1. Перечень, сроки, объем и стоимость мед. услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к Договору.

7.2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации.

7.3. 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 конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), 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. 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.

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, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью, с «Положением о гарантиях» в клинике Исполнителя.

8. Условия гарантии:

8.1 Гарантийные сроки и сроки службы, установленные исполнителем: срок гарантии на постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год. На все виды съемных протезов – 6 месяцев. На лечение и протезирование зубов, на которых ранее были пломбы и коронки, установленные не в клинике Исполнителя – 6 месяцев. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные ортопедические конструкции – 2

недели, на временные пломбы – 3 дня. Сроки службы всех постоянных пломб и несъемных ортопедических конструкций составляют 2 года, съемных протезов – 1 год, всех временных протезов – 2 недели, временных пломб – 7 дней.

8.2 Гарантия на все виды оказанных услуг полностью утрачиваются в следующих случаях: если при возникновении любой стоматологической проблемы пациент не уведомляет лечащего врача Исполнителя в срок до 7 дней включительно и не обращается к Исполнителю в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления; при лечении любого вида стоматологической патологии в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни; если выполнено протезирование в другой клинике (не по направлению Исполнителя) на имплантатах, установленных Исполнителем; при любом самостоятельном вмешательстве пациента в гарантийную стоматологическую конструкцию; при появлении осложнений, возникших по причине неявки пациента в срок, указанный врачом, или в связи несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений; в случае последствий состояний, травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.); в случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации.

8.3 Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не о вещественные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг. Гарантийные обязательства на все о вещественные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы о вещественных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на интернет-сайте www.dolidze.center 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 заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору. Срок действия Договора не может превышать сроков службы о вещественных результатов услуг.

9.2. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного 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 согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 5.3 и 3.3.4 Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно законодательству РФ.

10. Заключительные положения

Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченным на то представителями сторон. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

10. Реквизиты сторон:

Исполнитель: ООО «Стоматологический центр
Анны Долидзе»
603006, г. Н.Новгород, ул. Семашко, д. 30, ПЗ
ИНН 5260421553 КПП 526001001
ОГРН 1165260050890 ОКПО 37103321
р/сч 40702810110000003197 в АО «Тинькофф Банк»
к/сч 30101810900000000974 БИК 044583974
Тел. 8(831)215-05-05; e-mail: mail@dolidze.center
Ген. директор ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе»

Пациент _____

(ФИО, подпись)

_____/Долидзе Анна Георгиевна

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, _____, дата рождения _____,
(Ф.И.О. гражданина)

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) в ООО «Стоматологический центр Анны Долидзе».

Медицинским работником _____ врач – ортодонт Долидзе А.Г. _____
(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 (состоянии лица, законным представителем которого я являюсь).

ФИО и подпись пациента _____

ФИО и подпись законного представителя _____

ФИО и подпись медицинского работника _____

« ____ » _____ 20__ г