

## Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), в том числе плана лечения, режима лечения и рекомендаций после лечения, могут снизить качество, предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состояние здоровья ПАЦИЕНТА)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

город-курорт Сочи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью «Перфекто», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице генерального директора Мерзлякова Олега Евгеньевича, действующего на основании приказа № 1 устава ООО «Перфекто» с одной стороны, и гр.

*если Пациентом является несовершеннолетний гражданин, договор в его интересах заключает (подписывает) его законный представитель. При этом в данной графе указываются ФИО, паспорт (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места жительства и номер контактного телефона законного представителя Пациента.  
если оплата по договору будет производиться третьим лицом («Заказчик») в безналичной форме в пользу Пациента, в данном разделе и в реквизитах сторон, указываются данные «Заказчика»*

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия «ПАЦИЕНТА» (законного представителя Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги. «ПАЦИЕНТОМ» в рамках настоящего договора является:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, адрес места жительства и телефон лица, непосредственно получающего мед. услугу)

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав «ПАЦИЕНТА» на получение стоматологической помощи в клинике Исполнителя в соответствии с поставленным диагнозом. «Заказчик» добровольно берет на себя обязательство оплачивать Исполнителю услуги (работы), связанные с оказанием стоматологической (терапевтической, хирургической, ортопедической, ортодонтической) помощи согласно действующего на день оказания услуги прейскуранта Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, описан в Приложении № 1, являющемся неотъемлемой его частью.

1.3. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Пациент тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.4. Исполнитель организует и обеспечивает оказание медицинской услуги в соответствии с перечнем разрешенных видов медицинской деятельности, с лицензией и сертификатами, представляющими право осуществлять данные виды медицинской деятельности.

1.5. Исполнитель осуществляет деятельность на основании лицензии, выданной Министерством Здравоохранения Краснодарского края № ЛО-23-01-012592 от 01.08.2018 по адресу: г. Сочи, ул. Тоннельная 2/2 тел. +7(967) 321-27-27 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

### 2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1 В оговоренное с «Пациентом» время врач проводит консультацию «Пациента», устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом «Пациента». Если «Пациенту» кроме терапевтической санации требуется хирургическое, ортопедическое или ортодонтическое лечение, то для него составляется комплексный план лечения до оказания услуг.

2.2 Необходимым условием исполнения договора является согласие «Пациента» с предложенным планом лечения, оформленное подписью «Пациента». Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что «Пациент» достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности объективных осложнений, связанных с особенностями течения заболевания и лечения, о характере и степени тяжести этих осложнений, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия «Пациент» на предложенное медицинское вмешательство.

2.3 Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании, и материалами Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения.

2.4 Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия «Пациента». Отказ «Пациента» от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением «Пациенту» последствий такого отказа.

2.5 Подписание «Пациентом» информированного добровольного согласия подтверждает, что «Пациент» ознакомлен с процедурой оказания услуг, прейскурантом Исполнителя и согласен получить медицинскую услугу на таких условиях.

2.6 Контроль за лечением «Пациента» (оказанием стоматологических, хирургических и т.д. услуг) осуществляет Главный врач Исполнителя. Претензии по качеству лечения рассматриваются Главным врачом Исполнителя.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Права и обязанности врача определяются законодательством РФ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006, иными нормативно-правовыми актами, регуливающими отношения по возмездному оказанию стоматологических медицинских услуг врачом Исполнителя, а также настоящим договором, а именно:

3.1.1 Провести качественное обследование полости рта «Пациент», а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и/или протезирования.

3.1.2 Предоставить «Пациенту» полную и достоверную информацию:

- О состоянии полости рта.
  - О сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов.
  - О противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфорте, который может возникать в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области «Пациента», а также общим состоянием его здоровья.
- 3.1.3 Предложить «Пациенту» ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (лечение кариеса, лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.).

3.1.4 Составить и согласовать с Пациентом выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и сроков их исполнения.

3.1.5 Составить для Пациента индивидуальный план профилактических мероприятий с целью снижения риска развития заболеваний полости рта и уменьшения тяжести течения стоматологических заболеваний.

3.1.6 Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства.

3.1.7 Информировать Пациента о стоимости услуг(и) до ее (их) оказания.

- Назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны.
- Или назвать предварительную сумму, когда объем работы можно определить только в процессе лечения.

3.1.8 Обеспечить качество стоматологических услуг:

- В соответствии с медицинскими показаниями,
- С применением высококачественных инструментов и материалов.
- С использованием современных технологий лечения.
- С предоставлением высокого уровня обслуживания.

3.1.9 Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения «Пациентом» сроков явки на приемы).

3.1.10 Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутой результата лечения.

3.2. Пациент обязан:

- 3.2.1 Выполнять все рекомендации и предписания врачей Исполнителя для качественного предоставления медицинских услуг;
- 3.2.2 Следовать согласованному с лечащим врачом плану лечения, соблюдать сроки обращения к Исполнителю для продолжения лечения и профилактических осмотров. В случае невозможности явки предупредить об этом заранее (за сутки до приема) персонал Исполнителя.
- 3.2.3 Предоставить всю известную, необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях и другие сведения, касающиеся его личности, которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг;
- 3.2.4 Заполнить анкету о здоровье;
- 3.2.5 Удостоверить личной подписью следующее: информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
  - факт ознакомления с «Положением о гарантиях на стоматологические услуги», действующим у исполнителя;
  - сообщенные сведения о своем здоровье;
  - факт ознакомления с рекомендованным комплексным планом лечения, в котором указаны ориентировочная стоимость и сроки лечения;
  - факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги.

3.3 Пациент имеет право:

- 3.3.1 получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах;
- 3.3.2 выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия;
- 3.3.3 выбирать время приема у врача из имеющегося свободного;
- 3.3.4 на проведение консилиума и консультаций других специалистов Исполнителя;
- 3.3.5 ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его сотрудников;
- 3.3.6 получить ксерокопии медицинских документов;
- 3.3.7 на сохранение в тайне информации о своем здоровье;
- 3.3.8 в любое время отказаться от лечения у Исполнителя, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае «Пациент» не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения. Неизрасходованные при лечении суммы платежей возвращаются «Заказчику» в день проведения окончательных расчетов.

#### 4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1 Стоимость стоматологических услуг, предоставляемых Исполнителем, соответствует действующему на день оказания услуги прейскуранту Исполнителя.

4.2 Стоимость услуг определяется планом лечения и является приблизительной. Проведенные с согласия «Пациента» дополнительные действия по п.2.4. оплачиваются им по расценкам действующего прейскуранта Исполнителя.

4.3 «Заказчик» обязан оплатить услуги после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент оказания услуг прейскуранта, если иное не оговорено дополнительным соглашением о предоставлении рассрочки платежа по оказанным стоматологическим медицинским услугам. Оплата производится наличными рублями в кассу Исполнителя, кроме того оплата может быть произведена путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным не запрещенным законом способом по соглашению сторон договора.

4.4 При заключении договора «Заказчик», по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс.

4.4.1 Заказчик обязан полностью и своевременно оплачивать предоставляемые «Пациенту» медицинские стоматологические услуги.

4.5 Исполнитель не оказывает услуги, если у «Пациента» имеются острые общие, воспалительные или инфекционные заболевания, а также, если Пациент находится в состоянии опьянения. Кроме того, врач вправе отказаться от предоставления услуг без объяснения причин, если «Пациенту» не требуется неотложная помощь.

4.6 Если медицинские услуги, оказываются в рамках страховой программы «Пациент» обязан предоставить при посещении клиники Исполнителя страховой полис и документ, удостоверяющий личность. В этом случае Исполнитель информирует «Пациента» об ограничениях на объем медицинских услуг, которые он может получать в рамках страховой программы. Все услуги, выходящие за пределы страховых программ, оплачиваются «Пациентом» на общих основаниях за счет собственных средств.

4.7 При несвоевременной оплате оказанных медицинских услуг устанавливается пеня в размере 0,1% от суммы недоплаченной учреждению за каждый день просрочки.

4.8 «Пациент» вправе отказаться от дальнейших лечебных мероприятий при условии полной оплаты фактически оказанных ему Исполнителем услуг.

#### 5. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИИ

5.1 Исполнитель гарантирует «Пациенту» качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услугу действий методиками и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

5.2 Зуб (зубы), ранее подвергавшиеся лечению в других медицинских учреждениях и имеющие признаки некачественного прохождения корневых каналов и некачественной пломбировки (некачественно залеченным корневым каналом считается недопломбировка его более чем на один мм от физиологической верхушки корня), могут по желанию «Пациента» быть подвергнуты повторному «условному» лечению в клинике Исполнителя. При этом при перелечивании каналов (канала) такого зуба (зубов) часто происходит обострение хронического процесса, Исполнитель не имеет возможности

дать гарантию на сохранность указанного зуба и полностью исключить необходимость его удаления. Врачом Исполнителя делается запись в медицинской карте «Пациента» с указанием причин, по которым проводится «условное» лечение, при ознакомлении с такой записью «Пациент» дает письменное согласие на проведение «условного» лечения. Стоимость «условного» лечения зуба (зубов) в случае их последующего удаления возврату не подлежит. Если «Пациент» настаивает на сохранении такого зуба (зубов) после перелечивания и возникновения необходимости его удаления, то Исполнитель не несет ответственности за наступающие в связи с этим неблагоприятные последствия. Первичное эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) зуба также может привести к осложнениям по независящим от врача причинам (анатомические особенности строения зуба, общее состояние здоровья) и привести в дальнейшем к хирургическому вмешательству.

5.3 Исполнитель предоставляет гарантию на стоматологические услуги на основании Положения об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи Обществом с ограниченной ответственностью «Перфекто».

5.4 Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.5 «Пациент» осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

- строгое выполнение всех рекомендаций и предписаний врача;
- посещение врачебного кабинета в назначенный срок;
- предоставление Исполнителем точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне поликлиники лечении;
- информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;
- соблюдение правил внутреннего распорядка Исполнителя;
- обращение в клинику Исполнителя в случае дискомфорта в области проведенного лечения;
- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно - профилактических учреждений, в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью;
- гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.
- приходит на осмотры и профилактическую гигиену не реже 1 раза в 6 месяцев с момента выполнения обязательств Исполнителем

## 6. СПОРЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

6.1 В случае возникновения разногласий между Исполнителем и «Пациентом» (Заказчиком) по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Главным врачом Исполнителя. В случае недостижения сторонами согласия спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями или экспертами в соответствии с требованиями ФЗ «О защите прав потребителя».

6.2 Претензии «Пациента» составляются письменно и рассматриваются в течение 10 дней.

6.3 Исполнитель несет ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору при наличии своей вины.

6.4 «Пациент» несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

6.5 Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1 Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

7.2 Договор может быть расторгнут (изменен) по соглашению сторон или в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

7.3 Неотъемлемой частью настоящего договора являются (существуют в единственном экземпляре, хранятся у Исполнителя):

- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство;
- согласие на обработку персональных данных гражданина при его обращении в учреждение, в том числе за медицинской помощью (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152—ФЗ от 27.07.2006г.)
- рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области Пациент, выполненные в клинике Исполнителя (хранятся в амбулаторной карте Пациент);
- анкета здоровья (хранятся в амбулаторной карте Пациент).

7.4 Пациент дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.

7.5 Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. В случае, если договор заключается между Исполнителем, Заказчиком в пользу Пациент, договор составляется в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон.

7.6 Пациент признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем Договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.

В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Клиники, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_.  
подпись Пациента

С Положения об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи Обществом с ограниченной ответственностью «Перфекто» ознакомлен

\_\_\_\_\_.  
подпись Пациента

Приложения:

- Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, сроки их предоставления.

## ПРИМЕЧАНИЯ

1. При лечении не достигшего 14 лет - вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя (Заказчика).

2. При лечении несовершеннолетнего от 14 до 18 лет - вносятся его паспортные данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей.

3. Приложение № 1 «Перечень платных медицинских услуг» является неотъемлемой частью настоящего Договора при этом храниться отдельно от него – в медицинской карте «Пациента».

Исполнитель:

Пациент:

<b>Общество с ограниченной ответственностью «Перфекто».</b> адрес: г. Сочи, ул. Тоннельная 2/2 Телефон +7 (967) 321-27-27 ОГРН 1182375007660  ИНН/КПП 2366001786/236601001	_____ (ФИО) адрес: _____ тел. _____ паспорт серии _____ № _____, выдан _____ (кем, когда)
мп _____ /О. Е. Мерзляков/	_____ / _____ /
	Заказчик:
	_____ (ФИО) адрес: _____ тел. _____ паспорт серии _____ № _____, выдан _____ (кем, когда)
	_____ / _____ /

### СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. данных:	_____ субъекта	_____ персональных
Адрес регистрации:		
Документ, личность:		_____ удостоверяющий
Серия, выдачи:	_____ номер	_____ и _____ дата
Орган, документ:		_____ выдавший

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Перфекто» (далее - Оператор), юридический адрес: Российская Федерация, г. Сочи, ул. Вишневая д 23 кв 20 фактический адрес: ул. Тоннельная 2/2, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года


