

Я, _____, до заключения Договора уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (согласно п.15 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

_____ Подпись пациента

Договор на оказание стоматологических услуг

г. Сыктывкар _____ от _____ 20__ года
ООО «Стоматолог и Я», адрес: г. Сыктывкар, ул. Громова, 27, ИНН 1101063369, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица 1071101004248, выдано 28.04.2007 ИФНС по г. Сыктывкару, Лицензия № ЛО-11-01-001064 от 12 сентября 2013 года на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Срок действия – бессрочно, выдана МЗ РК города Сыктывкара, ул. Ленина, д.73, телефон 8(8212)28-40-01, 8(8212)284-002, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Попова П.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____ именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги в соответствии с планом обследования и лечения, а пациент обязуется принять и своевременно оплатить их ориентировочную стоимость в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором в соответствии с действующим прейскурантом.
- 1.2. ООО «Стоматолог и Я» организует и обеспечивает оказание медицинской услуги в соответствии с перечнем разрешенных видов деятельности, лицензией и сертификатами, предоставляющих право осуществлять данные виды деятельности.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Осуществить в оговоренное время собеседование и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.
- 2.1.2. Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его стоматологического здоровья.
- 2.1.3. Ознакомить Пациента с вариантами лечения и Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план лечения, ориентировочные стоимость и сроки лечения.
- 2.1.4. Ставить в известность Пациента о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и повышению стоимости лечения, о возможных осложнениях при лечении. Все этапы лечения отражать в амбулаторной карте.
- 2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.
- 2.1.6. Исполнять все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и объективным состоянием здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги.
- 2.1.7. Предложить Пациенту ознакомиться и подписать Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.
- 2.1.8. Предоставить гарантию на оказанные по настоящему Договору услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных сроков, за исключением работ по следующим разделам стоматологии: хирургические стоматологические операции, стоматологическая имплантация, лечение каналов зубов (эндодонтия) и лечение тканей вокруг зуба.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.
- 2.2.2. В случае отсутствия своего лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения, предварительно согласовав это с Пациентом.
- 2.2.3. Отказать в обслуживании Пациента в случае:
 - состояния алкогольного, токсического, наркотического опьянения.
 - наличия и выявления противопоказаний к проведению стоматологического лечения.
 - требования услуг, которые не входят в план лечения и перечень видов и объемов медицинской помощи, указанных в лицензии.
 - отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного Договора и Информированного добровольного согласия на получение услуг.
- 2.2.4. Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента, предварительно согласовав это с Пациентом.
- 2.2.5. Запрашивать у Пациента сведения и документы (в случае предыдущего лечения в других медицинских учреждениях), необходимые для эффективного лечения.
- 2.2.6. Проводить фото- и видеосъемку в диагностических, лечебных и рекламных целях (н-р, для размещения на сайте клиники и т.д.).

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. Являться на прием в установленное время.
- 2.3.2. Предупредить Исполнителя по телефону 22-30-30 о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.
- 2.3.3. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
- 2.3.4. Надлежащим образом выполнять предписанные врачом профилактические и лечебные мероприятия.
- 2.3.5. Соблюдать гигиену полости рта и являться на профилактические осмотры не реже одного раза в год или одного раза в 6 месяцев при наличии имплантатов, если иные сроки не предписаны лечащим врачом.
- 2.3.6. Производить оплату медицинских услуг в соответствии с выписанным счетом согласно Прейскуранта, с которым Пациент знакомится перед проведением лечения.
- 2.3.7. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, необходимую для оказания медицинской услуги.
- 2.3.8. Удостоверить личной подписью Информированное добровольное согласие на вид предстоящего медицинского вмешательства, факт ознакомления с настоящим Договором и уведомлением о соблюдении рекомендаций врача.
- 2.3.9. Следовать согласованному с лечащим врачом плану лечения, соблюдать сроки обращения для продолжения лечения и профилактических осмотров.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. На выбор способа оплаты оказанных услуг.
- 2.4.2. Получить полную информацию об объеме, сроках, ориентировочной стоимости и результатах оказываемых услуг.
- 2.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой того лечения, которое уже проведено, и стоимости уже изготовленных стоматологических конструкций.
- 2.4.4. Требовать от Исполнителя предъявления лицензии, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалиста.
- 2.4.5. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3. Стоимость услуг порядок оплаты

- 3.1. Оплата стоматологических услуг и работ производится согласно действующему на день заключения Договора прейскуранту.
- 3.2. Стоимость услуг определяется планом лечения и является приблизительной. Пациент оплачивает стоимость полученных услуг, кроме ортопедических, после каждого визита. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Исполнителя, Пациенту выдается кассовый чек.
- 3.3. При применении ортопедического лечения Пациент оплачивает аванс в размере 50% от стоимости протезирования, сразу после снятия оттисков; окончательный расчет производится в день сдачи протеза Пациенту до его установки в полости рта.

4. Ответственность сторон

- 4.1. Исполнитель несет ответственность за качество выполненных услуг лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Пациента на момент обращения.
- 4.2. Исполнитель не несет ответственности и освобождается от гарантийных обязательств, если оказание услуг прекращено по инициативе Пациента и лечение не завершено, переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонт и исправление работы самим Пациентом.
- 4.3. В соответствии с п. 3 ст. 29 Закона РФ «О защите прав потребителей», требования, связанные с недостатками выполненной работы могут быть предъявлены при принятии выполненной работы или в ходе выполнения работы, либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии выполненной работы (конструкционные недостатки и скрытые дефекты), в течение гарантийного срока.

5. Дополнительные условия

- 5.1. Необходимым условием исполнения договора является Информированное добровольное согласие Пациента на лечение, оформленное подписью Пациента.
- 5.2. Пациент должен осознавать, что при работе Исполнителя с ним возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь существенные изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.
- 5.3. Все дополнительные манипуляции и расходы согласовываются с Пациентом путем подписания обеими сторонами дополнительного соглашения.
- 5.4. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, либо вопросы, связанные с изменением условий Договора, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.5. Договор вступает в силу с момента его подписания. После подписания настоящего Договора его действия распространяются на все случаи обращения Пациента к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг.
- 5.6. Договор составлен двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

С правилами предоставления услуг в данной клинике ознакомлен и согласен.

Исполнитель:

ООО «Стоматолог и Я»
167011, р. Коми, г. Сыктывкар, ул. Громова, 27
ИНН/КПП 1101063369/110101001
ОГРН 1071101004248
Тел./факс: (8212) 22-30-30, 8(908)694 28 78
E-mail: yerapopova@stomkomi.com
reg@stomkomi.com
Директор
Попов П.В.



Пациент:

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____
Паспорт _____

Подпись _____

