

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

«__» _____ 20 г.

Заказчик

(ф.и.о. физического лица)

Пациент

и ООО «Дизайн Улыбки», в лице Генерального директора Липкиной Жанны Александровны, действующее на основании Устава и лицензии № 7701010797 от 20.08.2015 г, выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы на осуществление медицинской деятельности по амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе специализированной медицинской помощи по ортодонтии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, стоматологии ортопедической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Заказчик – оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Дизайн Улыбки» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг:

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное информированное согласие Заказчика получить медицинские услуги за плату при наличии медицинских показаний.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору Пациента, в соответствии с медицинской необходимостью, возможностями и желанием Заказчика, 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 (Заказчика) и получает его Информированное добровольное согласие (Приложение №1). Вместе с Пациентом (Заказчиком) составляет Предварительный(ые) план(ы) лечения (Приложение № 3), после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с Предварительным планом лечения.

2.3. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется обязательно письменно и может изменяться по согласованию сторон при медицинских показаниях.

2.4. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода времени, необходимого для изготовления стоматологического изделия, графика визитов Пациента и работы врача и указывается в Предварительном плане лечения (Приложение № 3).

2.5. Услуги по данному договору могут быть оказаны без составления письменного предварительного финансового плана лечения (сметы), по объему и по стоимости согласованы между Исполнителем и Пациентом устно. Факт оказания Пациенту услуг означает его согласие на устное согласование сметы.

3. Права и обязанности сторон:

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Пациента и Предварительным планом лечения.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг 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, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Пациента (Заказчика) и предоставить дополнительные услуги с его согласия.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять рекомендации и назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать врачебные рекомендации, в том числе указанные в Памятке пациента.

3.2.2. Явиться на прием к врачу за **10** мин. до назначенного времени.

3.2.3. Во время действия настоящего Договора не использовать лекарственные препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, способных повлиять на результат оказания услуг Исполнителем, без согласования с лечащим врачом, назначенным Исполнителем.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением медицинской помощи при неотложных и/или 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.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент (Заказчик) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные Исполнителем затраты.

3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг, при отсутствии претензий, подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 4).

3.2.8. Соблюдать установленные Исполнителем правила поведения, правила внутреннего распорядка и общепринятые нормы поведения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, объем и стоимость лечения, с согласия Пациента.

3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения и/или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с п. 8 настоящего Договора, Приложением № 2 к настоящему договору и «Положением о гарантиях».

3.3.4. Отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу.

3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о результатах проводимого лечения, состоянии своего здоровья, действий лекарственных препаратов и их побочных явлениях.

3.4.2. Получать выписки из своей медицинской документации и копии результатов обследований.

3.4.3. Подписывать Информированное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, а также иные Приложения к настоящему договору.

3.4.4. Отказаться от услуг Исполнителя, при условии полной оплаты фактически оказанных платных медицинских услуг по настоящему Договору и всех понесенных Исполнителем убытков.

4. Порядок оплаты:

4.1. Заказчик производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оплаты услуг одним из следующих способов: внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя; безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в том числе с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт международных платежных систем.

4.2. В подтверждение оплаты услуг Пациенту выдается соответствующий фискальный документ.

4.3. Пациент оплачивает все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме 50% от стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.4. Оплата прочих услуг производится по предварительной договоренности Сторон, как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания.

4.5. При неоплате пациентом стоимости оказанных медицинских услуг без письменного согласования 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.

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, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения с возникновением предполагаемых осложнений или ненаступлении результата лечения, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1) и иных приложений к настоящему Договору, Исполнитель перед Пациентом ответственности не несет.

5.3. В случае нарушения Пациентом п. 3.2.1., 3.2.3., 3.2.4., 3.2.5. настоящего Договора и предъявлении претензий Пациентом по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу или после изготовления в другой клинике стоматологического изделия, способного прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, Исполнитель ответственности не несет.

5.4. Нарушения Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на лечебный прием, на профилактический или контрольный осмотр без уважительной причины и предварительного уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа до приема, невыполнение рекомендаций лечащего врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных п. 3.2, отказ от условий п. 3.4.3. настоящего Договора, являются основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам.

5.5. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, массовые беспорядки, забастовки, военные действия, иные чрезвычайные положения), вступление в силу законодательных актов, правительственных постановлений, распоряжений государственных органов, прямо или косвенно запрещающих указанные в настоящем Договоре виды деятельности, препятствующие осуществлению Сторонами своих функций по настоящему Договору и иных обстоятельств, не зависящих от волеизъявления Сторон, Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору.

6. Порядок разрешения споров:

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. При этом пациент разрешает передачу информации, содержащейся в амбулаторной медицинской карте, членам Врачебной Комиссии Исполнителя и сторонним специалистам с условием сохранения ими врачебной тайны.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг и Предварительном плане лечения (Приложения № 3), путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя

6.3. Претензии Заказчика принимаются Исполнителем в течение тридцати календарных дней со дня оказания услуг. Все Претензии предъявляются в простой письменной форме и являются обязательными перед обращением в судебные органы.

6.4. При не достижении согласия Сторон споры разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. Стороны выражают свое согласие об определении территориальной подсудности при рассмотрении споров по настоящему Договору – место нахождения Исполнителя, указанное в п. 10 настоящего Договора.

7. Прочие условия:

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются Сторонами письменно, в соответствии с п. 2 настоящего Договора.

7.2. Все приложения, указанные в настоящем Договоре и созданные дополнительно в процессе действия Договора, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.3. Амбулаторная медицинская карта Пациента, включая результаты всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя. По письменному заявлению Пациента ему предоставляются их копии или выписка из амбулаторной медицинской карты.

7.4. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.2006г. “О персональных данных”, Пациент, подписывая данный договор, подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Дизайн Улыбки» 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, с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные и иные сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения, при условии сохранения ими врачебной тайны. 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. 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 и стоимостью, с «Положением о гарантиях».

8. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем:

8.1. Исполнитель устанавливает гарантийные сроки на результаты лечения и сроки службы постоянных и временных стоматологических, ортопедических и ортодонтических конструкций.

8.2. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. Гарантийные обязательства регулируются Приложением № 2.

8.3. Гарантийные обязательства выполняются при соблюдении графика профилактического осмотра.

8.4. Гарантийные обязательства полностью утрачиваются при нарушении Пациентом условий настоящего Договора. Полная информация о гарантийных обязательствах Исполнителя и условиях гарантии содержится в «Положении о гарантиях» (Приложение № 2).

9. Срок действия договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

9.2. В случае если ни одна из Сторон после истечения срока действия договора не заявит о его расторжении, то договор считается возобновленным на тех же условиях на срок один год.

10. Реквизиты сторон:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» ООО «Дизайн Улыбки»

«ПАЦИЕНТ»

ОРГН 1027700067328

ИНН 7716646052,

КПП 772801001

Банковские реквизиты

АЛЬФА-БАНК г. Москва

Р/с 40702810502870000254

К/с 30101810200000000593

БИК 044525593

Юридический адрес: г. Москва,

ул. Профсоюзная, 104.

ФИО полностью, подпись

«ЗАКАЗЧИК»

_____/_____/_____

Генеральный директор

_____ Липкинд Ж.А.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностика, профессиональная гигиена, стоматологическое лечение)

Приложение № 1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) для начала медицинского вмешательства.

Я _____
добровольно обращаюсь в ООО «Дизайн Улыбки» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения в ООО «Дизайн Улыбки». Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я даю разрешение проводить рентгенологические и инструментальные исследования, осмотры, делать оттиски, инъекции лекарственных препаратов и проводить любые другие лечебно-диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (нужное подчеркнуть) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих стоматологических заболеваний. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого сотрудника ООО «Дизайн Улыбки», участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я разрешаю/не разрешаю (нужное подчеркнуть) использовать мои персональные данные в целях уведомления об услугах и акциях ООО «Дизайн Улыбки».

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что сотрудники ООО «Дизайн Улыбки» не могут нести ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение связанных с наличием и обострением уже имеющихся у меня хронических заболеваний. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

«__» _____ 201__ г.

Пациент _____ / _____