Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформирован/на о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До заключения договора я,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** информирован/на о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских стоматологических услуг**

г. Тула «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.

ООО «Стоматологический салон Гущиной», юр.адрес:300041,Тула,ул.Дм.Ульянова д.15;ОГРН 1137154012126 свидетельство серия 71 №002302503 от 15.04.2013.,выдано Межрайонной ИФНС №10 по Тульской области; лицензия №ЛО71-01-000984 от 04 сентября 2013 г, выдана Министерством здравоохранения Тульской области (г.Тула ул.Оборонная 114Г) на срок: бессрочно; тел.8(4872)377507; перечень работ и услуг: первичной доврачебной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии, рентгенологии, сестринскому делу; первичной врачебной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ортодонтии, организации здравоохранения и общественному здоровью, экспертизе качества медицинской помощи,в лице лечащего врача **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании доверенности от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гр.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики, лечения, разрешенные на территории РФ в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим Прайс-листом.

1.2. Стоматологические услуги оказываются Исполнителем в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, и фиксируются в медицинской карте Пациента (Заказчика).

1.3 Срок выполнения услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские стоматологические услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.2. Осуществлять осмотр Заказчика для установления диагноза и составления плана лечения, отразив результаты обследования, план лечения и сроки его выполнения в медицинской карте Пациента, которая хранится у Исполнителя.

2.1.3.Информировать Пациента о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих мед. процедур, а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Заказчиком указаний и рекомендаций врачей Исполнителя.

2.1.4.Поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут принести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.5.Соблюдать правила мед. этики во взаимоотношениях с пациентом, а также хранить врачебную тайну. Конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Администратором законодательство РФ.

2.1.6. Оказывать медицинские услуги Заказчику в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

**2.2 Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объём лечения, манипуляции, необходимые для лечения в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать у Заказчика сведения и документы (в случае предыдущего лечения в других лечебных клиниках), необходимые для эффективного лечения.

2.2.3. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору.

2.2.4. Отказать в приеме пациенту в случаях:

- нахождения Заказчика в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

- если Заказчик настаивает на проведении лечения, а Исполнитель аргументировано считает лечение нецелесообразным;

- систематические неявки Заказчика на приём без предварительного уведомления;

**2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1.Заказчик обязан своевременно оплатить услуги Исполнителя в соответствии с п.4 настоящего Договора.

2.3.3. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья

2.3.4.Выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Исполнителя.

2.3.5.В случае отказа от назначений и рекомендаций Исполнителя, давать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.6. Являться па лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.3.7. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать информацию об объёме, стоимости и о результатах, предоставленных медицинских стоматологических услуг.

2.4.2. В доступной форме получись полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения. По письменному заявлению Заказчика ему в 10-дневный срок могут быть предоставлены копии мед. документов.

2.4.3. Расторгнуть данный Договор, уведомив Исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесённые Исполнителем расходы.

**3. Стоимость и порядок оплаты услуг.**

3.1. Цена услуг по настоящему Договору состоит из суммы цен, указанных в Прайс-листе, за каждую консультативную, диагностическую и лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает факт ознакомления с Прайс-листом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг, предоставляемых по данному Договору, производится Заказчиком не позднее даты завершения лечения.

3.3. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

**4. Гарантийные обязательства**

4.1. Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в соответствии с ***Положением об установлении гарантийного срока и срока службы***, гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком условий настоящего договора.

4.2 Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика в период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лек. препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае, если Заказчик не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию необходимую для качественного выполнения стомат. услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственности за наступление возможных осложнений.

5.2. Исполнитель не несёт ответственность за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Заказчиком режима, установленного врачом, травм, полученных Заказчиком при оказании Заказчику медицинских услуг другими клиниками.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Заказчика от предоставляемых услуг, в том числе и в части, если данные осложнения явились последствием данного отказа.

**6. Срок действия договора и заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.

6.2. Все претензии и споры, возникшие по данному Договору, разрешаются сторонами путём переговоров.

6.3. Если спор не будет разрешен путём переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ООО «Стоматологический салон Гущиной»  300041, г. Тула, ул. Д. Ульянова, д.15, литер А, нежил.помещ. 1  ИНН 7106526452/КПП 710601001/ ОГРН 1137154012126  Тел: 8(4872)55-56-65  Генеральный директор Гущина В.И. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  |  |

***Информированное на добровольное согласие пациента на ортопедическом лечение.***

*На основании ст. 32 Закона РФ от 22.07.1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в соответствии со ст. 10 Закона «О защите прав потребителей» (ред. 30.12.2001 г.)*

*ВРАЧ ПРЕДОСТАВИЛ МНЕ ВСЮ ИНТЕРЕСУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРОТЕЗИРОВИНИИ.*

*Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфо­логических и функциональных нарушений в других частях организма.*

*Я понимаю, что протезирование - это заключительный этап ортопедического лече­ния, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться, проведение рядя ме­роприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это: депульпирование. сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и т.д.) и пародонтологических вмешательств.*

*Я понимаю, что во время распломбировки канала под культевую вкладку возможна перфорация корневого канала, что может потребовать дополнительной хирургической кор­рекции или привести к удалению зуба.*

*Я согласен с предложенным мне врачом планом лечения.*

*Мне объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные ва­рианты. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам с соблюдением сроков протезирования.*

*Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический орга­низм, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и тематических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление жевательного органа.*

*Я проинформирован, что в период проведения манипуляций в полости рта: анесте­зии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, травмы слизистой оболочки и мягких тканей полости рта.*

*При проведении хирургических вмешательств могут увеличиться сроки изготовле­ния протезов, появиться боли при движении нижней челюсти.*

*При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомио - функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.*

*Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необ­ходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.*

*Я понимаю, что протез — это инородное тело, к которому нужно привыкать дли­тельное время, что после изготовления он может причинять неудобство и дискомфорт. Я знаю, что за протезами должен быть особый гигиенический уход.*

*Я знаю, что срок службы протеза определяется не только его качеством, но и усло­виями для протезирования моей полости рта.*

*Я осведомлен(а) об ожидаемых расходах за планируемое лечение и возникших в процессе данного мероприятия издержках. На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.*

*Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.*

***При обработке персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. адреса ), предоставленных Пациентом при заключении настоящего Договора, Исполнитель осуществляет их обработку только в целях исполнения обязательств по Договору в соответствии с требованиями ФЗ №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных»***

***Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения социального развития по Тульской области* Адрес: г.Тула ул.9 мая д.1 Тел: (4872)25-15-36*Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека* Юр.адрес: г. Тула ул.Мира 25, Почтовый адрес: г.Тула, ул.Оборонная, 114.Тел. (4872) 21-64-64**

|  |
| --- |
| ***Заказчик*** |

***Исполнитель*** *(по доверенности)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Врач (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) подпись*

Приложение к договору от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П\П | № ПОЗИЦИИ ПРЕЙСКУРАНТА | КОЛ-ВО | ЦЕНА | СУММА |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |