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)377400; 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:

**2. Предмет договора**

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

2.2. Стомат. услуги оказываются Исполнителем в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, и фиксируются в мед. карте Пациента

2.3 Срок выполнения услуг : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские стоматологические услуги.

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

3.1.3.Информировать Заказчика о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих медицинских процедур, а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Заказчиком указаний и рекомендаций с врачом .

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

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

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

**3.2. Исполнитель имеет право:**

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

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

3.2.3. Требовать оплату за оказанные услуги.

3.2.4. 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;

**3.3. Заказчик обязуется:**

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

3.3.3. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья

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

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

3.3.6.Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

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

**3.4. Заказчик имеет право:**

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

3.4.2.В доступной форме получить 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-дневныйсрок могут быть предоставлены копии медицинских документов.

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

**4. Стоимость и порядок оплаты услуг.**

4.1.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.

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

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

4.4. Оплата производится наличными и вносится в кассу Исполнителя.

**5. Гарантийные обязательства**

5.1.Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в течение 1 года с даты исполнения услуг, объяснив Заказчику условия при которых гарантийные обязательства сохраняются.

5.2.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 лекарственных 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.

**6. Ответственность сторон**

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

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

6.3. 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.

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** *(по доверенности)* | **Заказчик** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ф.И.О.* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИ**

на проведение ортодонтического лечения для ДЕТЕЙ до 15 лет

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. г. Тула

**Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.**

Я (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка, возраст)

находящегося на лечении в стоматологической клинике ООО «Стоматологический салон Гущиной», по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта.

получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

1. Я предварительно проинформирован(а) , что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).
2. Я согласен на рентгенологическое обследование моего ребенка, необходимого для полноценного лечения.
3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.
4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10 – 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.
5. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.
6. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.
7. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.
8. Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения ребёнок должен носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).
9. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.
10. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребёнка.
11. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
12. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

***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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п\п | Позиции прейскуранта | Кол-во | цена | сумма | скидка |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Подпись представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) Фамилия, имя, отчество (полностью)**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**