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

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

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские стоматологические услуги.

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 , которая хранится у Исполнителя.

2.1.3.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 .

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

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

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. Требовать оплату за оказанные услуги.

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.3 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 на 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 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.

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.

3.4. Оплата производится наличными и вносится в кассу Исполнителя.

**4. Гарантийные обязательства**

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

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 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.

**5. Ответственность сторон**

5.1. 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.

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.

***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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  подпись пациента |

Исполнитель (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ   
  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В ООО «Стоматологический салон Гущиной»  
  
"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  
  
*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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф..И.О)  
  
получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач тщательно осмотрел мои зубы и полость рта, объяснил все существующие методы лечения. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем, сроки и цели лечения, возможные осложнения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения и дополнительной оплаты. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала ортодонтического лечения.  
  
Я предварительно проинформирован (а), что одним из основных факторов успешного ортодонтического лечения является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариеса на зубах в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принять решение о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Контроль гигиены полости рта врач будет осуществлять по индексам гигиены.  
  
Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к ортодонтическому аппарату происходит в течение 7 - 14 дней. За это время могут возникать болевые ощущения в области зубов верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губы и щеки, нарушения речи. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.  
  
Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач-ортодонт сообщает до начала ортодонтического лечения. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-стоматолога-терапевта.  
  
Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в листе назначений. Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия доктора и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(а) тщательно выполнять все рекомендации и понимаю, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения мной рекомендаций врача полностью ложится на меня*

*Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связанны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Вследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат.  
  
Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения носить ретенционные аппараты в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив зубо-челюстной патологии. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня. Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.  
  
Я подтверждал(а), что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы, у меня не осталось невыясненных вопросов, я доверяю квалификации врача. С суммой и поэтапной формой оплаты согласен (на). Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.*

|  |  |
| --- | --- |
| **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Исполнитель (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_