

## Договор на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

г. Тюмень

Общество с ограниченной ответственностью «ДентоГрад» (ООО «ДентоГрад»), 625046, г. Тюмень, ул. Широтная, д. 124/7, (свидетельство ОГРН 1067203366790 от 01.08.2014г., свидетельство ИНН 7203185649 от 01.08.2014г. выданы ИФНС России по г. Тюмени № 3), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального Директора Зыковой Ольги Леонидовны, действующее на основании Устава, и

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее-Договор) о нижеследующем:

**Данные Пациента внесены: со слов Пациента/ с предъявленных Пациентом документов (нужное подчеркнуть).**

Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании действующего Законодательства, **Лицензии № Л041-01107-72/00312860 от 12 апреля 2017г.**, на осуществление медицинской деятельности (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической); на осуществление медицинской деятельности (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии хирургической), выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

### 1. Предмет договора.

**1.1.** По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

### 2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

**2.2.** Перечень и стоимость платных медицинских услуг определены в Платежном документе, являющемся неотъемлемой частью Договора.

**2.3.** Условия и сроки оказания платных медицинских услуг определяются документом «**Правила, порядок, условия, формы оказания платных медицинских (стоматологических) услуг ООО «ДентоГрад».**

**2.4.** Пациент добровольно берёт на себя обязательства (при полной информированности о характере оказываемой услуги, возможных осложнениях, технологических особенностях манипуляций, вмешательствах) оплачивать Исполнителю оказанные ему платные стоматологические услуги.

**2.5.** Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**2.6.** Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

**2.7.** Исполнитель оказывает услуги в соответствии с утвержденными Исполнителем «Правилами, порядком, условиями, формами оказания платных медицинских (стоматологических) услуг», размещенных на сайте: [www.dentograd.com](http://www.dentograd.com) и на информационном стенде Исполнителя.

**2.8.** Потребитель имеет возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом, и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте: [www.dentograd.com](http://www.dentograd.com) и на информационном стенде Исполнителя, на Официальных интернет-порталах правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации: [www.minzdrav.gov.ru](http://www.minzdrav.gov.ru).

**2.9.** Медицинская помощь по Договору оказывается на основании клинических рекомендаций, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**2.10.** Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

**2.11.** Получателем платных медицинских услуг является Пациент.

**2.12.** Платные медицинские услуги по Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

### **3. Права и обязанности сторон**

#### **3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:**

**3.1.1.** Оказать Пациенту платные медицинские услуги на основании клинических рекомендаций, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**3.1.2.** Предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

**3.1.3.** Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по Договору.

**3.1.4.** Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора.

**3.1.5.** Соблюдать врачебную тайну, осуществлять мероприятия по защите персональных данных Пациента согласно действующему законодательству.

#### **3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе:**

**3.2.1.** При выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

**3.2.2.** Требовать от Пациента соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов, в том числе прохождения контрольных осмотров;
- лечебного режима;
- правил внутреннего распорядка медицинской организации;
- правил безопасности и пожарной безопасности.

**3.2.3.** Отказаться от исполнения Договора при неисполнении Пациентом рекомендаций и назначений специалистов.

**3.2.4.** Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации.

**3.2.5.** Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, видеозаписей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента.

**3.2.6.** Привлекать для оказания услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя; при этом ответственность за действия специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, несёт Исполнитель. Заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и других).

**3.2.7.** При необходимости внести обоснованные изменения в согласованный план лечения.

**3.2.8.** Запрашивать у Пациента сведения и предоставление документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

**3.2.9.** Отказать в приеме (или переназначить) Пациента (кроме случаев требующих экстренного медицинского вмешательства) в случае:

- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение (состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения);
- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или (и) других Пациентов клиники;
- опоздания Пациента на прием более 15 минут;
- возникновения непредвиденных объективных причин, в том числе при лечении других Пациентов;

**обо всех отказах делается запись в Медицинской карте Пациента.**

### 3.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.

**3.3.1.** Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов в клинику, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Самостоятельно обратиться к администратору клиники для согласования времени и даты, рекомендованного врачом, приема.

**3.3.2.** Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя по телефонам т.: **8(3452) 64-23-93, 8-961-213-04-74.**

**3.3.3.** Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

**3.3.4.** Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях), в том числе об аллергических реакциях, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

**3.3.5.** Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, в том числе прохождение контрольных осмотров, режимы гигиены, питания и ухода за зубами и ротовой полостью.

**3.3.6.** Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения и после лечения, принимаемых лекарственных препаратах.

**3.3.7.** Соблюдать лечебно-охранительный режим, правила пожарной безопасности.

**3.3.8.** Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и планом лечения, сроками оказания и стоимостью услуг, информированными согласиями на медицинские вмешательства, факт приема оказанных услуг, а также всеми необходимыми врачебными рекомендациями. В случае отказа от подписания документов, Пациент обязан предоставить письменное пояснение причины такого отказа.

**3.3.9.** Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг.

**3.3.10.** Ознакомиться и вести себя в соответствии с правилами внутреннего распорядка для Пациентов лечебного учреждения ООО «ДентоГрад».

**3.3.11.** Ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги.

**3.3.12.** Ознакомиться с Правилами, порядками, условиями, формами оказания платных медицинских (стоматологических) услуг.

### 3.4. Права ПАЦИЕНТА.

**3.4.1.** Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, с учетом стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

**3.4.2.** В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

**3.4.3.** Получить у Исполнителя копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке и на условиях, закрепленных в Приказе Минздрава России от 31.07.2020 N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

### 4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов.

**4.1.** Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Пациента определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Пациентом в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

**4.2.** Оплата оказанных услуг производится при оказании услуг по терапевтической стоматологии, детской стоматологии, хирургической стоматологии - непосредственно после приема врача (оказания услуги).

**4.3.** Стороны соглашаются, что услуги в области **ортопедии** и некоторые услуги по **ортодонтии** (при изготовлении аппарата в зуботехнической лаборатории) оплачиваются на условиях предоплаты: **50% стоимости – до начала выполнения согласованного Сторонами Плана лечения (до начала оказания услуг), 50% - в день сдачи работы.** Остальные услуги в области **ортодонтии** оплачиваются на следующих условиях: **50% стоимости** вносится Пациентом **при фиксации брекет-системы**, оставшаяся сумма – **равными платежами ежемесячно** до окончания лечения в соответствии с Планом лечения, если иное не согласовано Сторонами дополнительно.

**4.4.** Оплата услуг по Договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента.

**4.5.** По требованию одной из Сторон на предоставление платных медицинских услуг по Договору может быть составлена смета. При согласовании ее Сторонами, смета является неотъемлемой частью Договора.

- 4.6.** Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
- 4.7.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором и Планом лечения, Сметой, Исполнитель обязан предупредить Пациента и получить согласие Пациента, при наличии возможности получить согласие в письменной форме.  
В любом случае, продолжение лечения, является безоговорочным акцептом Пациента дополнительных медицинских услуг.
- 4.8.** В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором (Планом лечения), сократится, либо оказание услуг в рамках Договора, на каком-либо этапе Плана лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью Договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
- 4.9.** В случае, если Пациент указан в списках организации, с которой Исполнитель заключил договор об оказании медицинских услуг, этот договор на момент оказания услуги Пациенту действителен и не приостановлен, стоимость услуг не превышает установленного для Пациента финансового лимита, выполнены другие условия договора между Исполнителем и этой организацией, оплата услуг производится этой организацией в порядке, предусмотренном договором между Исполнителем и этой организацией.
- 4.10.** В случае, если Пациент заключил договор добровольного медицинского страхования (ДМС) со страховой компанией, которая заключила с Исполнителем договор на оказание медицинских услуг застрахованному контингенту, эти договоры на момент оказания услуги Пациенту действительны и не приостановлены, услуги оказаны в рамках **Программ медицинского страхования** для данного Пациента и в рамках **согласованного Прейскуранта** между Исполнителем и страховой компанией, Пациент указан в списках страховой компании и предъявил страховой медицинский полис, оплата услуг производится страховой компанией в порядке, предусмотренном договором между Исполнителем и страховой компанией.  
Если оказанные Пациенту услуги **не входят в страховую программу** или не выполнены другие условия настоящего пункта, Пациент **оплачивает услуги самостоятельно**.
- 4.11.** По желанию пациента услуги, указанные в плане лечения, оплачиваются на условиях **100% предоплаты**.

#### **5. Срок действия договора.**

- 5.1.** Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует **до 31 декабря текущего года**. В случае, если ни одна из Сторон не заявит о своем желании отказаться от исполнения Договора, **он считается пролонгированным на 1 год**. Последующая пролонгация происходит **автоматически**.
- 5.2.** Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон в любое время.
- 5.3.** Все изменения и дополнения к Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
- 5.4.** В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### **6. Ответственность сторон.**

- 6.1.** Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за наступление осложнений, побочных реакций и ухудшение состояния здоровья пациента;  
в случае:
- возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем биологического характера и негативных последствий, указанных в Информированном добровольном Согласии на медицинское вмешательство, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;
  - осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;
  - осложнений по причине невыполнения Пациентом рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача;
  - отказа Пациента от лечения (как лечения в целом, так и отдельных этапов лечения), отказа от дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для проведения профилактики и лечения возможных осложнений;
  - наступления осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения;
  - осложнений, возникших по причине сокрытия Пациентом информации, о наличии у Пациента заболеваний, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;
- 6.2.** За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

**6.3.** Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6.4.** Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.3.3.4 Договора, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях невыполнения Пациентом обязанностей, предусмотренных п.3.3.5. Договора.

**6.5.** Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Пациентом рекомендаций и назначений врачей-специалистов Исполнителя, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ). Исполнитель оставляет за собой право требовать подтверждения надлежащего соблюдения Пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов, вплоть до направления Пациента на экспертизу.

**6.6.** Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Пациента, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте Пациента, соответствующих памятках, предоставляемых Пациенту.

**6.7.** Стороны не несут ответственность за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из Сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить.

**6.8.** Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

## **7. Разрешение споров.**

**7.1.** Целью Сторон является своевременное и качественное исполнение своих обязательств по договору. Споры, возникающие между Сторонами в процессе исполнения настоящего Договора, Стороны стремятся разрешить путём переговоров, относясь друг к другу с максимальным уважением, и учитывая возможности и интересы друг друга.

**7.2.** Пациент вправе направить обращение (жалобу) в организацию в письменном виде при личном обращении в клинику в произвольном виде.

**7.3.** При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

**7.4.** При не урегулировании в процессе переговоров разногласий, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7.5.** Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.

## **8. Заключительные положения.**

**8.1.** При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения при наличии которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, продолжение обследования/лечения дополнительно согласуется Сторонами.

**8.2.** Исполнитель после оказания медицинской услуги предоставляет для подписания Пациенту Акт об оказании медицинской услуги по Договору.

Пациент обязуется ознакомиться и подписать Акт об оказании медицинских услуг (далее - Акт), при условии отсутствия у него каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. Один экземпляр Акта передает Исполнителю, второй экземпляр остается у Пациента.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Пациент оформляет мотивированный отказ от подписания Акта. После устранения Исполнителем всех выявленных замечаний Пациент подписывает Акт и передает его Исполнителю.

В случае, если Пациент не подписывает Акт, и в течение 3 (трех) рабочих дней не предоставляет мотивированный отказ от подписания Акта, то услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества.

**8.3.** Гарантийные обязательства Исполнителя закреплены в Положении «О гарантийных обязательствах в ООО «ДентоГрад».

**8.4.** Пациент вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном, а также в электронном виде по следующим адресам:

**- РОСПОТРЕБНАДЗОР.**

Адрес: 625026, Тюменская обл., г. Тюмень, ул. Рижская, 45-А, Сайт: [www.72.rospotrebnadzor.ru](http://www.72.rospotrebnadzor.ru); Телефон: 8 (3452) 20-88-24.

- Территориальный орган РОСЗДРАВНАДЗОРА по Тюменской области, Ханты-Мансийскому АО-Югре и ЯНАО.

Адрес: 625023, Россия, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Энергетиков, д. 26. Сайт: [www.72reg.roszdravnadzor.gov.ru](http://www.72reg.roszdravnadzor.gov.ru),

Почта: [tyumen@reg72.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:tyumen@reg72.roszdravnadzor.gov.ru), Телефон: 8 (3452) 39-34-80;

- ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Тюменской области

Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, Сайт: [www.dz.admtyumen.ru](http://www.dz.admtyumen.ru), Почта: [dzto@72to.ru](mailto:dzto@72to.ru), Телефон: 8(3452) 427-800.

**8.5.** Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения социального вычета за медицинские услуги (подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ), ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (перечень медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. N 201).

**8.6.** После оказания запланированных услуг Исполнитель осуществляет медицинское наблюдение за Пациентом в соответствии с графиком контрольных осмотров, составленным Исполнителем. Записи о прохождении контрольных осмотров делаются врачом Исполнителя в амбулаторной карте стоматологического больного.

**8.7.** Внедоговорные последствия медицинской услуги при корректном её исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.

**8.8.** Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

**8.9.** Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

### 9. Заверения Пациента

|   |  |
|---|--|
| <b>9.1.</b> Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи   | _____<br>подпись Пациента                            |
| <b>9.2.</b> В соответствии с ч. 2 ст. 13 ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я разрешаю Исполнителю передачу (предоставление) информации о моем здоровье в виде копии и выписок из медицинской карты следующим лицам при предъявлении паспорта:  | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>подпись Пациента |
| <b>9.3.</b> В соответствии с требованием п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 11.05.2023 года №736) до заключения договора я уведомлен/а о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (конкретного медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. | _____<br>подпись Пациента                            |
| <b>9.4.</b> Подтверждаю, что до подписания Договора я был/а ознакомлен/а с Правилами поведения пациентов в ООО «ДентоГрад», Правилами предоставления медицинских услуг, Положением о гарантиях. Все положения перечисленных локальных нормативных актов мне понятны.  | _____<br>подпись Пациента                            |
| <b>9.5.</b> Подтверждаю, что до заключения Договора уведомлен/а о необходимости соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.  | _____<br>подпись Пациента                            |
| <b>9.6.</b> Даю согласие на получение информации от Исполнителя в виде сообщений на:<br>e-mail _____<br>viber _____<br>другое _____   | _____<br>подпись Пациента                            |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>9.7.</b> Подтверждаю, что на момент заключения Договора мне в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- порядок оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи (при наличии), клинические рекомендации, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;</li> <li>- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);</li> <li>- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.</li> </ul> | <p>_____</p> <p>подпись Пациента</p>                     |
| <p><b>9.8.</b> Подтверждаю, что предупрежден/а о том, что в помещениях клиники, с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.</p>   | <p>_____</p> <p>подпись Пациента</p>                     |
| <p><b>9.9.</b> Подтверждаю, что я согласен/на на проведение контрольных фотоснимков, видеофиксации до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов и проведения контроля качества оказания медицинских услуг; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками моих данных, полученных при обследовании и лечении, в том числе – слайдов, фотографий, видеозаписей, моделей и т.д., для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и т.д., при условии анонимности.</p>   | <p>_____</p> <p>подпись Пациента</p>                     |
| <p><b>9.10.</b> Экземпляр Договора получил/а:</p>   | <p>«___» _____ г. _____</p> <p>дата подпись Пациента</p> |

**Исполнитель**

**ООО «ДентоГрад»**

Стоматологическая клиника

Адрес: 625046, г. Тюмень, ул.Широтная, д. 124/7

ИНН: 7203185649

КПП: 720301001

ОГРН:1067203366790

ОКПО: 98756451

Рас./сч.: 40702810000030005274

Кор./сч.: 30101810771620000782

Ф-л ЗС ПАО Банка «ФК Открытие» г.Ханты-

Мансийск

БИК: 047162812

Генеральный директор Зыкова О.Л.

Подпись \_\_\_\_\_

МП

**Пациент**

Ф.И.О. <КЛИЕНТ\_ФИО>

Паспорт: <КЛИЕНТ\_ПАСПОРТНЫЕ\_ДАННЫЕ>

Адрес: <КЛИЕНТ\_АДРЕС>

Подпись \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_, (далее Пациент) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", Федерального закона № 266-ФЗ от 14.07.2022 г. "О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ООО «ДентоГрад», адрес местонахождения: 625046, г.Тюмень, ул.Широтная, д. 124 (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и/или фактического проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о произведённых оплатах в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учёта, хранения и ведения медицинской документации.

- в целях исполнения Оператором условий договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного с Пациентом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и должностным лицам медицинских организаций, входящих в систему клиник Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные с использованием средств автоматизации и(или) без таковых, посредством внесения их в электронную базу данных, ведения медицинской документации в электронном виде, включения в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, с медицинскими организациями, входящими в систему клиник Оператора, с операторами фискальных данных и уполномоченными органами государственной власти, с фондом социального страхования и фондом обязательного медицинского страхования Российской Федерации, с использованием машинных и (или) бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право на проведение контрольных фотоснимков, видеofиксации до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.

Я даю согласие на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования специалистам в области стоматологии, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных комиссий и врачебно-контрольных комиссий, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе экспертному совету СРО НП «Медицинская палата Санкт-Петербурга» (ст. 90 ФЗ-323);

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании п. 5 ст. 21 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", Федерального закона № 266-ФЗ от 14.07.2022 г. "О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных», посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны и принадлежат непосредственно мне.

Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ  
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

### **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ДентоГрад» медицинским работником

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст.6724; 2012, N26, ст.3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)