

В соответствии с требованиями части 6 раздела II, части 15 раздела III Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1006, и части 3 статьи 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ уведомляем Вас. До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен:

Подпись(Ф.И.О) _____

Договор на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

№ ____ от «__» _____ 20__ г.

г. Тюмень

Общество с ограниченной ответственностью «ДентоГрад» (ООО «ДентоГрад»), 625046, г.Тюмень, ул.Широтная, д.124/7, (свидетельство ОГРН 1067203366790 от 30.06.2011г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального Директора Зыковой Ольги Леонидовны, действующего на основании Устава, и

(Ф.И.О.)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Термины и Определения:

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (п.9. ст.2 в Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя (п.2. Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", далее «Правила предоставления медицинских услуг».).

Для целей настоящего Договора Стороны признают, что Заказчик, Потребитель и Пациент совпадают в одном лице, выше и в дальнейшем именуется «Пациент».

1. Предмет договора.

1.1. Стоматологические услуги оказываются 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.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных стоматологических услуг в клинике Исполнителя. Целью оказания услуг является восстановление или сохранение стоматологического здоровья Пациента в пределах возможностей Исполнителя и материальных возможностей Пациента. Оказание услуг осуществляется при активном участии самого Пациента, без участия Пациента оказание услуг невозможно. Перечень работ/услуг, а также сроки согласовываются с пациентом дополнительно и отражаются в медицинской карте стоматологического больного, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Условия оказания услуг определяются **«Правилами посещения ООО «ДентоГрад».**

1.4. Исполнитель организует и обеспечивает оказание стоматологических услуг поэтапно, исходя из жалоб и пожеланий Пациента, согласно медицинским показаниям, разрешённым к применению технологиям и в соответствии с перечнем услуг, указанным в лицензии.

1.5. 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.

1.6. 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.

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

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. На каждом приёме проводить осмотр Пациента врачами стоматологами (терапевтом, хирургом, ортопедом, ортодонтом, пародонтологом или гигиенистом — по медицинским показаниям). При необходимости — выдавать направления на осмотр, консультацию, изготовление зубопротезных конструкций, лечение в других медицинских учреждениях.

2.1.2. Предоставлять Пациенту в доступной для него форме всю информацию о состоянии его здоровья, полученную в ходе обследования и лечения, а также о результатах проводимого лечения. Вносить всю информацию, касающуюся здоровья Пациента и проводимого медицинского вмешательства, в медицинскую документацию. Хранить медицинскую документацию согласно действующему законодательству.

2.1.3. Ознакомить Пациента с **планом, сроком и стоимостью предлагаемого стоматологического лечения**, с возможными исходами, степенью риска. При изменении плана, срока или стоимости лечения информировать об этом Пациента и осуществлять дальнейшее лечение с его согласия. При необходимости проведения сложных стоматологических вмешательств стороны оформляют дополнительные соглашения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.4. Исполнять все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства в соответствии с законодательством, требованиями уполномоченных государственных органов и объективным состоянием здоровья Пациента на момент оказания стоматологической услуги.

2.1.5. Устанавливать гарантийные сроки на оказанные услуги и информировать Пациента об условиях гарантийного обслуживания в соответствии с Положением о гарантиях.

2.1.6. В случае изменения условий оказания услуг информировать об этом Пациента на ближайшем приёме.

2.1.7. Своевременно оповещать Пациента по телефону или с помощью SMS о необходимости переноса запланированного приёма.

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

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. 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, о чем он информирует Пациента в соответствии с п. 2.1.3.

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день вмешательства, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма; по причине болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя.

2.2.3. 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).

2.2.4. При необходимости, внести обоснованные изменения в согласованный план лечения.

2.2.5. Не предоставлять услуги, которые не входят в план лечения, составленный лечащим врачом и согласованный с Пациентом.

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

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

- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение; в том числе, если по медицинским показаниям, состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;

- 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.

2.2.8. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, и предоставить паспортные данные, с указанием места жительства, для заполнения медицинской карты.

2.2.9. Исполнитель может отказаться от оказания услуг, если требуемое Пациентом лечение может вызвать нежелательные последствия для здоровья Пациента, не соответствует требованиям технологий или условиям п. 1.1 или п. 1.3 настоящего договора.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.

2.3.1. 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.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги. В случаях изменения состояния своего здоровья информировать Исполнителя посредством заполнения новой анкеты здоровья.

2.3.3. 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** о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий. Соблюдать рекомендации врача до, во время и после лечения, в том числе, режимы гигиены, питания и ухода за зубами и ротовой полостью.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения и после лечения, принимаемых лекарственных препаратов.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и планом лечения, сроками оказания и стоимостью услуг, информированными согласиями на медицинские вмешательства, которые **являются неотъемлемой частью настоящего договора**, факт приема оказанных услуг, а также всеми необходимыми врачебными рекомендациями.

2.3.7. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с действующим прейскурантом. Ознакомиться с действующим прейскурантом.

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

2.3.9. Ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги.

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

2.4. Права ПАЦИЕНТА.

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими Пациентами.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.3. Пациент вправе отказаться от дальнейших услуг Исполнителя при условии полной оплаты уже оказанных Исполнителем услуг.

2.4.4. Пациент вправе требовать предоставления полной информации о состоянии своего здоровья и проведённом лечении, в том числе затребовать выписку об объёме оказанной помощи, использованных медикаментах и материалах. **По письменному заявлению Пациента в течение 30 дней** Исполнитель готовит выписку из истории болезни (эпикриз). Выписка выдаётся Пациенту **лично или его доверенным лицам**. Подлинники документов хранятся у Исполнителя и на руки Пациенту не выдаются.

3. Цена договора и порядок расчетов.

3.1. Пациент ознакомился с Прейскурантом на оказываемые услуги (части оказываемых услуг), размещенном в свободном доступе. Цена определяется по прейскуранту на момент согласования оказания услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

3.2. Исполнитель информирует Пациента о стоимости услуг до начала их оказания. Исполнитель имеет право требовать увеличения стоимости Плана лечения, при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, предоставляемых исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которое нельзя было предусмотреть при заключении договора.

3.3. Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги), посредством наличных или безналичных расчетов, по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

3.4. При проведении ортопедического, ортодонтического лечения, Пациент оплачивает в кассу **аванс в размере 30%-50%** от стоимости лечения, сразу после согласования плана лечения.

3.5. Остаточную сумму Пациент обязан внести **не позднее дня приемки услуг** Исполнителя, до окончательной фиксации конструкции в полости рта Пациента.

3.6. Оплата стоматологических услуг (имплантология) производится полностью в день установки имплантатов.

3.7. 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.

3.8. 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**.

3.9. При нарушении п.2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.

3.10. По желанию пациента, услуги, указанные в плане лечения, оплачиваются на условиях 100% предоплаты.

4. Срок действия договора.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами, и является бессрочным.

5. Прекращение и расторжение договора.

5.1. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением/организацией Исполнителя в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств

по договору. Стороны подписывают акт о расторжении договора, **гарантия на незаконченное лечение не предоставляется.**

5.2. Если Пациент не выполняет рекомендаций медицинского учреждения Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг; отказ, невыполнение или уклонение Пациента от назначенных ему диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств, от следования рекомендациям, связанным с лечебным процессом, в том числе пропуск Пациентом запланированных визитов; не соблюдение правил внутреннего распорядка для Пациентов организации Исполнителя, вместе и по отдельности равносильны одностороннему расторжению договора. При этом Пациент обязан оплатить уже полученные услуги по действующему прейскуранту.

5.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

6. Прочие условия договора.

6.1. Пациент дает согласие на **обработку персональных данных** (в том числе биометрических данных) полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора; с целью исполнения настоящего договора; на срок необходимый для исполнения настоящего договора и на установленный законом срок хранения первичных медицинских документов (в соответствии с п.4 ч.2 ст. 10 и ч.1 ст.11 Федерального закона N 152 "О персональных данных"), включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение. Перечень включает персональные данные, переданные Пациентом для исполнения настоящего договора, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, и другие. Хранение и обработка информации о состоянии Пациента осуществляется исключительно в целях реализации его права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной (Определение Конституционного Суда РФ от 16.07.2013 N 1176-О).

В соответствии с п.3 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну.

6.2. Пациент согласен 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 данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, 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 (ненужное вычеркнуть): анонимности / указания Ф.И.О., другое _____

6.3. Пациент согласен на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования специалистам в области стоматологии, другим врачам Пациента, 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); а так же сотрудникам страховых компаний сотрудничающих с Исполнителем, при наличии страхового полиса.

6.4. Сведения о выбранных Пациентом лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, может быть передана информация **о состоянии его здоровья:**

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

Лица или круг лиц, которым можно сообщать **о факте посещения** лечебного учреждения Исполнителя:

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

6.5. Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения **об объеме и стоимости** лечения по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими: _____

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

6.6. Пациент предоставляет Исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора (в том числе кассовых чеков), а также сообщать информацию о работе клиники, акциях и предложениях сообщениями по телефону и на электронный адрес Пациента, указанные в реквизитах договора.

6.7. Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео и аудио данных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.

6.8. Пациент согласен получать результаты проведенных исследований по электронной почте. Информация направляется в течение 3-х (Трёх) рабочих дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя, указанного в реквизитах договора, на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах договора.

6.9. В случае, если в реквизитах договора не указан адрес электронной почты Пациента или указан неразборчиво, результаты исследований выдаются строго на руки Пациенту.

6.10. Пациент в любое время имеет право отказаться от получения рекламных сообщений об услугах, акциях, иной информационной рассылки Исполнителя, отправленной на адрес электронной почты Пациента, путем направления Исполнителю письменного требования о прекращении распространения рассылки в адрес Пациента, либо отписаться от рассылки непосредственно в письме информационного сообщения.

Исполнитель обязан немедленно прекратить распространение информационной рассылки в адрес лица, обратившегося к нему с таким требованием.

7. Дополнительные условия

7.1. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

7.2. 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).

7.3. Пациент должен осознавать, что при оказании услуг Исполнителем, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических и физиологических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностей повреждений систем и органов, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

7.4. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги. Эффективное и безопасное использование результатов стоматологических услуг по истечении гарантийного срока/срока службы возможно при условии прохождения контрольных осмотров, профессиональной гигиены полости рта и зубов, в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев. Исполнитель гарантирует применение современных способов лечения, но не может гарантировать полного излечения Пациента.

7.5. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента при условии выполнения Пациентом всех рекомендаций врача и обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев. Право требования возмещения потребителем убытков возникает в соответствии с порядком, установленным в п.1, п.6 ст. 29 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.6. По истечении гарантийных сроков возможно возникновение новых и несвязанных с проведенным лечением патологических состояний.

7.7. При обнаружении недостатков услуги Исполнитель устраняет их за счёт собственных средств согласно действующему законодательству.

7.8. 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.

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

8. Ответственность сторон.

8.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, норм использования медицинского оборудования, ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

8.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за наступление осложнений, побочных реакций и ухудшение состояния здоровья пациента;

Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом 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, таких как: рецидивов периодонтитов, прогрессирования пародонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица; заживлением ран; отторжение имплантатов, костного блока, костного материала; отек тканей; болевые ощущения; индивидуальной непереносимости и/или патологической токсической реакции на лекарственные препараты, выявившейся в процессе оказания услуги, возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии; и других:

-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 возникшими по причине сокрытия Пациентом информации о наличии у Пациента заболеваний, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;

- осложнений возникшими по причине сокрытия Пациентом информации о прохождении лечения в другом лечебном учреждении, самолечения Пациентом.

В отношении услуг, на которые установлен гарантийный срок, исполнитель не отвечает за их недостатки, если они возникли после принятия услуг Пациентом вследствие: нарушения им правил использования результата услуг, невыполнения рекомендаций Исполнителя, действий третьих лиц (переделки и исправления проведенного лечения в другом лечебном учреждении, без согласования с врачом Исполнителя), а также ремонта и исправления самим Пациентом, или в результате внешних травмирующих воздействий.

В случае невыполнения рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, гарантия на выполненные работы не распространяется, дальнейшая коррекция (в том числе замена) будет проводиться за счет денежных средств пациента.

8.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, в случае возникновения обстоятельств, мешающих выполнению обязательств по настоящему Договору любой из сторон, а именно: стихийные бедствия, пожар природного характера, наводнения, военные действия, запрет импорта или экспорта, какие-либо другие непредвиденные обстоятельства и их последствия, не зависящие от сторон, то срок выполнения обязательств по настоящему Договору продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства и их последствия остаются в силе.

Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (Десяти) дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

8.4. 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.

8.5. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора, при расторжении Договора, Пациент оплачивает по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы; при наличии предоплаты Исполнитель, в течение десяти рабочих дней осуществляет возврат денежных средств, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

8.6. Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой им информации, выполнение требований, назначений, рекомендаций, инструкций, правил пользования и других указаний врачей, соблюдение правил посещения клиники Исполнителя, графика контрольных осмотров, своевременную оплату медицинских услуг.

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

9. Разрешение споров.

9.1. 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.

9.2. Претензии Пациента составляются письменно и рассматриваются Исполнителем в течение 10 (Десяти) дней.

9.3. Исполнитель не несёт ответственности в случае не достижения ожидаемого восстановления или сохранения здоровья Пациента (неблагоприятный исход) вследствие неизлечимости болезни, атипичности течения её у Пациента, несвоевременности обращения Пациента за медицинской помощью, особой чувствительности Пациента к некоторым медикаментам, аномалий развития отдельных органов и систем Пациента, а также других причин, не зависящих от действий Исполнителя, при условии выполнения Исполнителем всех принятых на себя обязательств.

9.4. За неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг Пациент несёт ответственность в установленном законом порядке.

9.5. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

9.6. При невозможности решить разногласия переговорным путём, все споры, разногласия или претензии, требования, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе, касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, подлежат разрешению в судебном порядке согласно действующему законодательству. Решение суда является обязательным для обеих сторон.

| Исполнитель | Пациент |
|---|--|
| 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 | Ф.И.О. _____ Паспорт: Серия и номер: _____ Кем выдан: _____ Дата выдачи: _____ Адрес: _____ Подпись _____ |

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____

Паспорт: _____ № _____ Дата выдачи _____; Выдан:

Зарегистрированный(ая) _____ по _____ адресу:

_____ (далее Пациент) в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, 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.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании п. 5 ст. 21 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, 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) (расшифровка)

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 2011г. 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)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)