

ДОГОВОР
Возмездного оказания стоматологических услуг № _____

г. Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 ____ г.

ООО «Современная Стоматология» юридический адрес: 197110, г. Санкт-Петербург, Чкаловский пр-т д.16, в лице Генерального директора Черкашина Эдуарда Андреевича, действующей на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны и Физическим лицом, с другой стороны, _____, в дальнейшем именуемый(-ая) Пациент в случае непосредственного получения стоматологических услуг по настоящему Договору, или Заказчика _____, в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором:

Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, и разрешенные на территории РФ.

Пациент обязуется внимательно ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на оказываемые стоматологические услуги, расположенное на информационном стенде в общем доступе, своевременно оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и выполнять рекомендации, направленные на обеспечение качества предоставляемых стоматологических услуг.

1.2. Перечень услуг, предоставляемых Пациенту, определяется действующим прейскурантом Исполнителя.

1.3. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных услуг населению.

1.4. Настоящий договор охватывает оказание стоматологических услуг непосредственно Заказчику или третьему лицу (Пациенту) при несовпадении в одном лице Заказчика и Пациента. Пациентом в настоящем Договоре и соответствующей юридической и медицинской документации именуется лицо, непосредственно получающее стоматологические услуги по настоящему Договору. Обязанности Сторон при несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика за услуги и Пациента регулируются с условиями настоящего Договора.

1.5. Стоматологические услуги, оказываемые по настоящему Договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Пациента ради устранения или приостановления имеющегося заболевания, предотвращения большего вреда от заболевания, а также включают вероятность проявления сопутствующих, побочных свойств медицинского воздействия (осложнений), специально оговоренных в настоящем Договоре и приложениях к нему.

1.6. Стоматологические услуги, оказываемые по настоящему Договору, являются безопасными для здоровья Пациента при отсутствии недопустимого риска, не оправданного нуждами состояния здоровья Пациента.

1.7. Стоматологические услуги, оказываемые по настоящему Договору, являются качественными при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания).

1.8. Стоматологические услуги, составляющие предмет настоящего Договора, оказываются Пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях.

1.9. Стоматологические услуги, составляющие предмет настоящего Договора, оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения, как перечня определенных диагностических и лечебных мероприятий, осуществляемых последовательно.

1.10. Стоматологические услуги, определенные в п.1.2. настоящего Договора, оказываются Сотрудниками Исполнителя. Исполнитель вправе привлечь для оказания услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя; при этом ответственность за действия специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, несет Исполнитель. Договором может быть предусмотрено поручение непосредственного оказания услуг конкретному специалисту (сотруднику Исполнителя) по желанию Заказчика и (или) Пациента и при наличии объективной возможности оказания услуг данным специалистом.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель по выбору Пациента прикрепляет к нему лечащего врача (в дальнейшем по тексту «Врач»). Врач проводит первичный осмотр Пациента, оформляет необходимую медицинскую документацию, согласовывает с Пациентом план и сроки обследования и лечения Пациента. В дальнейшем Врач организует и обеспечивает выполнение необходимых диагностических, профилактических и лечебных мероприятий.

2.2. Врач оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставить Пациенту информацию о стоматологических услугах, по содержанию и в объеме, объективно позволяющим принять решение о получении стоматологических услуг по настоящему Договору, в том числе информацию о потребительских свойствах услуги, об объеме, содержании стоматологических услуг применительно к заболеванию Пациента, о применяемых методах медицинского воздействия, о последствиях медицинского воздействия, о его сопутствующих или последующих эффектах, о последствиях прогрессирования заболевания. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме после заключения настоящего Договора, и при необходимости предоставляется в наглядной форме на информационных стендах в помещении Исполнителя. Подписание настоящего Договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о стоматологических услугах, определенным настоящим Договором об услугах;

3.1.2. Предоставить Пациенту информацию об Исполнителе стоматологических услуг, по содержанию и в объеме, объективно позволяющим принять осознанное решение об обращении к Исполнителю, в том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, о режиме работы Исполнителя, правилах поведения в помещении Исполнителя, контактный телефон, информацию о специалистах, непосредственно осуществляющих медицинское воздействие. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего Договора. Подписание настоящего Договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об Исполнителе стоматологических услуг об исполнителе.

3.1.3. Предоставить Пациенту информацию о стоимости услуг Исполнителя, которая является открытой информацией и размещается в помещении Исполнителя в месте, доступном для любого посетителя, имеющего намерение приобрести или приобретающего услуги Исполнителя, включая информацию обо всех вариантах лечения заболевания Пациента в зависимости от стоимости стоматологических услуг, по содержанию и в объеме, объективно позволяющим принять осознанное решение об обращении к Исполнителю. Подписание настоящего Договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о стоматологических услугах

3.1.4. Перед оказанием услуг провести осмотр Пациента, включающий осмотр всех имеющихся в полости рта зубов, состояния окружающих тканей, определение особенностей прикуса, выявить перенесенные и сопутствующие заболевания; при необходимости с целью диагностики и контроля качества лечения корневых каналов провести рентгенологическое обследование (при этом необходимость такого обследования определяется специалистом Исполнителя); определить объем необходимого лечения (в одно посещение или в течение курса лечения);

3.1.5. Оказать стоматологические услуги, составляющие предмет настоящего Договора, качественно и в срок.

3.1.6. Оказать стоматологические услуги, составляющие предмет настоящего Договора, в соответствии с разрешенными для применения на территории РФ методами диагностики, профилактики и лечения.

3.1.7. Вести установленную медицинскую документацию, а именно: медицинскую карту стоматологического больного (ф043/у, утв. приказом МЗСССР от 04.10.1980г), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора, включающую подробный анамнез заболевания, анамнез жизни, наследственность, эпидемиологический, аллергологический анамнез, данные объективного обследования Пациента, специальный статус заболевания Пациента, установленный диагноз, назначенное лечение, а также сведения о каждой медицинской процедуре и манипуляции (дата посещения, жалобы пациента, объективные данные, течение и уточненный диагноз заболевания, подписи врачей, консультантов и Пациента, проведенное лечение и назначения врача); записи в медицинской документации могут вестись как от руки, так и в электронном виде путем занесения информации в используемую Исполнителем программу ЭВМ с последующим созданием печатного документа, заносимого в медицинскую карту;

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну в отношении информации о факте обращения за стоматологической помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

3.1.9. Определить для Пациента гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги, указанные в Положении о предоставлении гарантий которое расположено на информационном стойке в холле Исполнителя в общем доступе. Подписывая данный договор Пациент подтверждает, что ознакомлен со сроками службы и гарантиями предоставляемыми Исполнителем. При этом Врач объясняет Пациенту, что гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются при соблюдении Пациентом следующих требований (условий):

- соблюдать ежедневную гигиену полости рта путем чистки зубов не менее 2-х раз в день;
- проходить гигиеническую обработку полости рта с частотой посещений, указанных Врачом в медицинской карте. Время посещений определяет Пациент, согласовывая его по телефону с администратором Исполнителя;
- проходить рентгенологическое обследование 1 (один) раз в год для диагностики, контроля качества проведенного лечения;
- проходить не реже одного раза в полгода на бесплатный осмотр полости рта у Врача Исполнителя;
- не проводить коррекцию работы, выполненной Врачом Исполнителя, в других стоматологических учреждениях;
- в случае появления дискомфорта или каких-либо иных проявлений в области проведенного лечения, обращаться к Исполнителю, где это лечение проводилось;
- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в других стоматологических учреждениях, предоставлять Исполнителю выписку из медицинской карты этого учреждения и рентгеновские снимки;
- выполнять согласованный с Врачом план лечения и все рекомендации лечащего врача

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора;

3.2.2. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение;

3.2.3. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Пациента для консультации к другим специалистам;

3.2.4. Самостоятельно в лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенологических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии наличия необходимости их осуществления; Исполнитель вправе рекомендовать Пациенту определенные материалы и (или) медикаменты, стоимость которых превышает аналогичные материалы (медикаменты) при наличии для их применения (использования) медицинских показаний и (или) большего лечебного и (или) косметического эффекта;

3.2.5. Отступать от требований соблюдения врачебной тайны в части стоимости лечения при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Пациента, а именно: передавать информацию, определенную в настоящем пункте, Заказчику по его требованию;

3.2.6. В случае опоздания Пациента на прием к Врачу, более чем на 15 минут, отменить прием и/или перенести его в другое время.

3.2.7. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Пациентом условий настоящего договора или порядка пребывания в помещении Исполнителя с обязательной фиксацией отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации; при этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у пациента острого стоматологического заболевания.

3.2.8. Фотографировать клинические случаи на этапах лечения и размещать фотографии.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. Достоверно и полно сообщать данные, имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсия и проч.), ВИЧ-инфицирования (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностей анамнеза жизни и заболевания, требующихся для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно применяемых препаратах;

3.3.2. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя. При несоблюдении Пациентом настоящей обязанности сумма аванса за неполученную вследствие пропуска услуги не возвращается и направляется на компенсацию упущенного дохода Исполнителя от простоя оборудования;

3.3.3. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередной консультации;

3.3.4. Строго соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача;

3.3.5. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя;

3.3.6. При установленной лечащим врачом необходимости являться на профилактические осмотры, осуществлять профессиональную гигиену полости рта, периодичность которой определяется лечащим врачом;

3.3.7. Удостоверять личной подписью в медицинской карте стоматологического больного факты ознакомления с планом лечения, являющегося Приложением №5 к настоящему Договору, и его одобрения, ознакомления с врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью работы, а также отсутствия претензий к промежуточным итогам лечения;

3.3.8. Оплатить стоматологические услуги, включая дополнительные стоматологические услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим Договором и Приложениями к нему.

3.3.9. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать администрацию Исполнителя об обстоятельствах, препятствующих этому.

3.3.10. При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением стоматологических услуг Врачами, предоставить администрации Исполнителя информацию об этом, в том числе в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. На достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья;

3.4.2. На выбор даты и времени визита к специалисту Исполнителя, включая перенос ранее согласованных даты и времени визита на иные, согласованные обеими Сторонами, дату и время, при наличии объективной возможности со стороны Исполнителя;

3.4.3. В случае, когда предметом настоящего Договора являются стоматологические услуги в области ортопедии, согласовывать с Исполнителем в лице специалистов эстетические требования к выполняемым работам;

3.4.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора до окончания срока его действия, указанного в Приложении №5, 5.1 настоящего Договора, оплатив фактически оказанные стоматологические услуги Исполнителю;

3.4.5. Пациенту гарантируются все права, определенные ст.30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в том числе:

3.4.5.1. Право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

3.4.5.2. Право на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3.4.5.3. Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

3.4.5.4. Право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении за изъятиями, установленными настоящим Договором.

3.4.6. По письменному заявлению в 10 - дневный срок получить копии медицинских документов;

3.4.7. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и работающих Врачей.

- 3.4.8. На добровольное информированное согласие на предлагаемое ему медицинское вмешательство, а также на отказ от такого вмешательства на любом этапе его подготовки и проведения, если отказ должным образом оформлен в медицинской карте;
- 3.5. Права и обязанности Сторон при несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика по Договору и Пациента:
- 3.5.1. Исполнитель, помимо обязанности перед Пациентом, определенных в п.3.1. настоящего Договора, несет перед Заказчиком обязанности, определенные в п.3.1.1., 3.1.2., 3.1.3. настоящего Договора;
- 3.5.2. Заказчик несет обязанности, определенные в п.3.3.5., 3.3.9. настоящего Договора;
- 3.5.3. Заказчик несет обязанности, определенные в п.3.3.5., 3.3.8., 3.3.9. настоящего Договора;

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. Цена настоящего Договора складывается из стоимости стоматологических услуг и расходов (издержек) Исполнителя, связанных с оказанием стоматологических услуг Пациенту.
- 4.2. Стоимость стоматологических услуг, оказываемых по настоящему Договору, тарифицируется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.
- 4.3. Перечень и стоимость услуг отражается в Квитанции на оплату.
- 4.4. В процессе оказания стоматологических услуг их стоимость может быть увеличена в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть заранее.
- 4.5. При подписании настоящего Договора, если предметом Договора являются стоматологические услуги в области ортопедии и/или ортодонтии Заказчик согласен оплатить не менее 30 (тридцати) процентов от стоимости услуг до начала оказания таких услуг, определенных планом лечения. Оставшаяся часть оплачивается Заказчиком при окончании лечения с учетом произведенного авансового платежа; в этом случае расчет стоимости услуг осуществляется специалистом Исполнителя.
- 4.6. При подписании настоящего Договора, если предметом Договора являются услуги в области терапевтической стоматологии, Заказчик осуществляет оплату стоматологических услуг при каждом посещении Исполнителя на основе информации, содержащейся в медицинской карте Пациента; в этом случае расчет стоимости услуг осуществляется администратором Исполнителя.
- 4.7. Оплата производится в рублях в безналичном порядке или в наличном порядке путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
- 4.8. Заказчик оплачивает Исполнителю Затраты (издержки: стоимость материалов, дополнительных лекарств и т.п.), осуществленные Исполнителем для оказания стоматологических услуг Пациенту. Оплата издержек осуществляется Заказчиком по мере их возникновения.

5. СРОК ДОГОВОРА

- 5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами.
- 5.2. Настоящий Договор действует в течение назначенного курса лечения. Началом курса лечения является день первой консультации.
- 5.3. Срок, установленный в п.5.2. настоящего Договора, может быть продлен на соответствующее количество дней в случаях:
- 5.3.1. Необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов - на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов, за исключением случая, когда необходимость замены лечащего врача вызвана грубыми нарушениями профессиональными и (или) деонтологическими со стороны врача;
- 5.3.2. Объективной необходимостью намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущего изменение объема выполняемых работ;
- 5.3.3. Невозможностью осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, в том числе со стороны полости рта.
- 5.4. 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, окончательный срок Договора не может быть установлен, и сторонами не устанавливается.
- 5.5. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:
- 5.5.1. По инициативе Исполнителя:
- 5.5.1.1. При невыполнении Заказчиком обязательств по оплате стоматологических услуг, в том числе нарушении Заказчиком сроков оплаты. При расторжении настоящего Договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных стоматологических услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным стоматологическим услугам; при оказании стоматологических услуг на сумму, большую оплаченной Заказчиком, Заказчик согласен оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги
- 5.5.2.2. При нарушении Заказчиком условий настоящего Договора, связанных с получением стоматологических услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушения диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе пациента от необходимых обследований (аллергопроб, рентгенологических обследований), не прохождении которых, препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанных плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в соответствующей медицинской документации и доведении ее содержания до Пациента;
- 5.5.1.3. В случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами (веществами); в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Пациента специалистом Исполнителя;
- 5.5.1.4. По иным основаниям, не предусмотренным п.п.5.5.1.1.-5.5.1.3 настоящего договора. При расторжении настоящего Договора по иным основаниям Исполнитель возмещает Заказчику и (или) Пациенту все понесенные в связи с расторжением настоящего Договора убытки.
- 5.5.2. По инициативе Пациента и (или) Заказчика:
- 5.5.2.1. При несоблюдении по вине Исполнителя установленных сроков консультаций, процедур, осмотров;
- 5.5.2.2. По иным основаниям, не предусмотренным п.5.5.2.1.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Исполнитель гарантирует Заказчику и Пациенту высокое качество оказанных стоматологических услуг и сохранение достигнутого результата лечения.
- Условиями соблюдения Исполнителем гарантийных обязательств являются:
- 6.1.1. Выполнение Пациентом плана лечения и индивидуальных профилактических мероприятий, назначенных Исполнителем;
- 6.1.2. Отсутствие коррекции результатов работ, выполненных Исполнителем, другими медицинскими учреждениями или сами Пациентом;
- 6.1.3. Обращение пациента к Исполнителю при наличии жалоб на дискомфорт, другие негативные проявления в области проведенного лечения, предоставление выписки из медицинской документации и результатов рентгенологических исследований других медицинских учреждений при обращении Пациента за неотложной стоматологической помощью;
- 6.1.4. Обязательное посещение Пациентом через каждые 6 месяцев (или в сроки, рекомендованные лечащим врачом) периодических осмотров с проведением гигиенической чистки на протяжении всего гарантийного срока. При неявке на периодические осмотры гарантийный срок составляет 6 месяцев.
- 6.1.5. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов и изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов, вредные внешние воздействия и проч.), которые напрямую приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях; наличие косвенного влияния указанных обстоятельств на состояние зубочелюстной системы и полости рта применительно к сохранению гарантийных обязательств Исполнителя определяется в каждом случае индивидуально.
- 6.2. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций, соблюдения методик диагностики, профилактики, лечения, профессиональной этики и деонтологии, ведения медицинской документации.
- 6.3. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по настоящему Договору Стороны несут ответственность:
- 6.3.1. Исполнитель несет ответственность:

6.3.1.1. За нарушение п.п.3.1.1-3.1.9.настоящего Договора-ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством, законодательством об охране здоровья граждан и о защите прав потребителей; при этом некачественное оказание стоматологической услуги должно быть доказано специальными методами обследования (визуальным, рентгенологическим); в этом случае Исполнитель обязуется устранить недостатки оказанной стоматологической услуги своими силами; данное правило распространяется и на выявление в процессе эксплуатации скрытого технологического дефекта работы. Если дефект проявился в результате травмы, несоблюдения Пациентом рекомендованных Исполнителем правил гигиены полости рта или по другим, не зависящим от Исполнителя причинам, устранение дефекта может производиться силами Исполнителя за счет средств Пациента. При неудовлетворительной гигиене полости рта Пациента Исполнитель вправе отказаться от гарантийного обслуживания оказанных услуг при этом риск возникновения вследствие этого осложнений и иных побочных эффектов несет Пациент;

6.3.1.2.за несоблюдение по вине Исполнителя сроков оказания стоматологических услуг- ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством, законодательством о защите прав потребителей; при этом Пациент вправе согласовать с Исполнителем новый срок оказания стоматологических услуги или потребовать оказания стоматологической услуги другим специалистом.

6.3.2.Пациент несет ответственность:

6.3.2.1.За невыполнение обязанности по оплате стоматологических услуг-ответственность в форме штрафной неустойки (пенни) в размере 1(одного) процента от подлежащей оплате суммы за каждый день просрочки или расторжения настоящего Договора по инициативе Исполнителя в порядке п.4.4.1.1.настоящего Договора;

6.3.2.2.За невыполнение обязанности по возмещению расходов (издержек)-ответственность в форме штрафной неустойки (пенни) в размере 1 (одного)процента от подлежащей оплате суммы за каждый день просрочки.

6.4.При несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика по настоящему договору и Пациента имущественную ответственность за неисполнение обязательств по оплате несет Заказчик.

6.5.Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика и (или) Пациента от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Заказчика и (или) Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Пациента общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Пациентом и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или сами Пациентом.

6.6.Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергоснабжения, водо-обеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

7.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1.При возникновении споров и разногласий, вытекающих из настоящего Договора или в связи с ним, Стороны примут все усилия к урегулированию спора путем переговоров; при этом Исполнителем создается экспертная комиссия в составе главного врача, заведующего отделением и профильного специалиста не ниже первой квалификационной категории.

7.2.При невозможности урегулирования спора путем переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в СПб Третейский суд медицинского страхования и здравоохранения при СПб Торгово-промышленной палате (г. Санкт-Петербург, ул. Чайковского 4-48) в состоянии с Регламентом указанного суда с соблюдением обязательного претензионного порядка.

7.3.Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика как плательщика по Договору и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у Заказчика.

7.4.Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся в той же форме, что и сам Договор, и вступает в силу с момента подписания их обеими сторонами. Реестр Приложений, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора, является неотъемлемой частью настоящего Договора.

8. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ

Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании:

Лицензии № 78-01-011378 на осуществление медицинской деятельности, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191011 г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1) 16 декабря 2020 года, срок действия: бессрочно.

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 специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; рентгенологии; стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической; стоматологии ортопедической; стоматологии хирургической.

Пациент:

(Фамилия, Имя, Отчество пациента)
Паспортные данные:
серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон (_____) _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись Пациента _____

Заказчик:

(Фамилия, Имя, Отчество пациента)
Паспортные данные:
серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон (_____) _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись Заказчика _____

Исполнитель:

ООО «Современная стоматология»
197110 г. Санкт-Петербург, Чкаловский пр-т
д.16, литера А, пом. 7Н
ИНН 7813128634
КПП 781301001
Северо-Западный Банк ПАО СБЕРБАНК г.
Санкт-Петербург
р/с: 40702810855200151854
к/с: 30101810500000000653
БИК 044030653
ОГРН: 1037828025806
Генеральный директор
Черкашин Эдуард Андреевич



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**(консультация, осмотр, стоматологическое обследование, лечение)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я ознакомлен и согласен(согласна) с названными мне условиями проведения медицинского вмешательства.

Я,

(фамилия имя отчество полностью)

добровольно обращаюсь в ООО "Современная Стоматология" для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и диагностики. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске и возможных осложнениях, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах лечения, связанном с ними риске, о возможных осложнениях, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, прогнозах и исходах лечения, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на оказанные услуги.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, и близким родственникам. Я информирован(а) и согласен с необходимостью различных рентгенологических исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я понимаю, что любой депульпированный зуб должен быть покрыт постоянной ортопедической конструкцией в течение 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае гарантии на этот зуб утрачиваются.

Я осведомлен необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам). Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примерок и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих ортопедические конструкции винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой и др.), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также вследствие нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих

основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что специалисты ООО "Современная Стоматология" не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по действующему прейскуранту Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы.

Вопрос:

Ответ:

Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

_____ / _____
подпись пациента расшифровка подписи

_____ / _____
подпись врача расшифровка подписи

« ____ » _____ 20__ г.

Успешность лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ФИО пациента _____

Пол _____ Рост _____ Масса тела _____ Возраст _____

Обычное артериальное давление _____

Обведите кругом правильный вариант ответа.

ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ		
Последнее обще медицинское обследование проводилось в _____ году	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты -витамины, БАДы, лекарства, контрацептивы? (если «да», укажите какие)	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас проблемы со свертываемостью крови	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты? (если «да», укажите название)?	ДА	НЕТ
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ:		
Занятие спортом профессионально или регулярно	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления (если "да", то до каких цифр)	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы головы, внутренних органов за последний год	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушения сердечного ритма (тахикардия, брадикардия, мерцательная аритмия, экстрасистолия) -укажите	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов хронические или в острой стадии (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи хронические или в острой стадии	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
СПИД, ВИЧ	ДА	НЕТ
Вирусный гепатит В, С	ДА	НЕТ
Туберкулез	ДА	НЕТ
Часто ли Вы болеете простудными заболеваниями	ДА	НЕТ
Была ли за последние 6 месяцев длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают ли длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Диарея (поносы) за последние 14 дней	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечалась ли существенная потеря веса в последние 6 месяцев	ДА	НЕТ

Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы донором	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Выезжал(а) ли Вы из России за последние 6 месяцев? (страна _____, регион России _____)	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Оперативные вмешательства (какие, укажите год)	ДА	НЕТ
На какие лекарственные препараты у Вас возникают другие аллергические реакции:		
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году	ДА	НЕТ

Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

_____ Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

- Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.
- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача, мне надо сообщать об этом врачу.

Дата _____ Подпись пациента _____

ФИО врача, ознакомившегося с медицинской анкетой	Дата	Подпись

Уведомление о Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Согласно ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.79 об «Обязанностях медицинских организаций» ООО «Современная Стоматология» информирует Вас:

Данный документ устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой медицинской помощи, нормативы финансовых затрат, а также требования к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий предоставления, критериев доступности и качества медицинской помощи, а также подробно детализирует эти понятия. Это означает, что каждый гражданин РФ имеет право на оказание качественной бесплатной медицинской помощи в рамках установленной программы государственных гарантий. Для получения медицинской помощи необходимо обратиться в свое ЛПУ, указанное в медицинском полисе ОМС. Экстренная и неотложная медицинская помощь оказывается в безусловной форме по всей территории РФ.

« ____ » _____ 20__ г. _____ (_____)
подпись Пациента

Уведомление Потребителя

Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006, п.III
"Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

В соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и статьей 39.1 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей ООО «Современная Стоматология» уведомляет Потребителя 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.

« ____ » _____ 20__ г. _____ (_____)
подпись Пациента