

Согласно пункту 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 4.10.2012г. за №1006 до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, ООО «Стоматологический центр «Стомадент»» уведомляет пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 потребителя.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ .\_\_. \_\_\_\_ Г.

## **Договор на оказание платных медицинских услуг от \_\_.\_\_. \_\_\_\_ Г.**

г. Хабаровск

Я, \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» с одной стороны и общество с ограниченной ответственностью «Стоматологический центр „Стомадент“», расположенный по адресу места нахождения юридического лица г. Хабаровск, 680028, ул. Калинина, 109., Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 29.03.2006 года за № 1062722026586 (межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №6 по Хабаровскому краю), ИНН 2722053728, КПП 272201001 именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Павловой Натальи Викторовны, действующего на основании Устава, и лицензии на медицинскую деятельность № ЛО 27-01-001425 от «12» марта 2014 года, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края, находящегося по адресу г. Хабаровск, ул. Муравьева – Амурского, 32. 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: дезинфектологии, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

### **Понятия, используемые в настоящем договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия: платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги. При заключении договора потребителю (далее - Пациенту) предоставляется 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

### **1. Предмет договора**

- 1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, действующей на момент оказания услуг, а пациент обязуется оказанные услуги оплатить на основании перечня работ (услуг) в порядке и на условиях, определенных настоящим договором. Настоящий договор распространяется на все виды стоматологических услуг, оказываемых исполнителем.
- 1.2. Договор заключается с Пациентом (законным представителем) и Исполнителем в письменной форме Пациент при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем платных медицинских услуг, стоимостью, условиями, сроками и порядком их оплаты
- 1.3. Подписав настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание услуг на платной основе.
- 1.4. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 1.5. Информация о видах, стоимости, порядке стандартах, срок годности и срок оказания услуг размещена на информационном стенде и на сайте stomadentdv.ru, и может изменяться Исполнителем в одностороннем порядке без уведомления Пациента.

### **2. Порядок исполнения договора**

- 2.1. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Хабаровск, ул. Калинина, 109.:
  - понедельник - пятница с 09.00 – 20.00
  - суббота - воскресенье с 10.00 - 18.00
- 2.2. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется в порядке предварительной записи Пациента на прием в рабочее время Исполнителя при личном обращении или по телефонам: (4212) 573773, 607605. При отсутствии записи на прием по согласованию сторон услуга может быть оказана в момент обращения.
- 2.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного Пациентом (законным представителем)

информированного добровольного согласия на проведение медицинских услуг.

2.4. В медицинской карте Пациента указываются жалобы, поставленный ему диагноз, предложенный план и варианты лечения включающий в себя перечень услуг, стоимость и сроки их оказания.

Под выбранным вариантом Пациент и лечащий Врач ставит, свою подпись и дату тем самым Пациент подтверждает выбор своего дальнейшего лечения.

2.5. Сроки оказания медицинских услуг определяются датой и временем обращения пациента в клинику и прописаны в Плате оказания медицинских услуг и являются неотъемлемой частью настоящего Договора

2.6. Основанием для оказания медицинских услуг является: добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за оплату, что подтверждается данным договором.

2.7. Информация о видах, стоимости, порядке стандартах, срок годности и срок оказания услуг размещена на информационном стенде и на сайте stomadentdv.ru, и может изменяться Исполнителем в одностороннем порядке без уведомления Пациента.

### **3. Права и обязанности сторон**

#### **3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. При заключении договора Пациенту или законному представителю в доступной форме предоставляется информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

д) по просьбе Пациента или законного представителя Исполнитель предоставляет копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией

3.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

#### **3.2 Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.2. Требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

#### **3.3. Пациент обязуется:**

3.3.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя.

3.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.3.3. Кроме того, Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- при оказании медицинской услуги сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.4. Без письменного заявления Пациента и согласия Исполнителя не выносить свою медицинскую карту за пределы лечебного учреждения, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за сохранность и достоверность сведений, содержащихся в данной медицинской карте.

#### **3.4. Пациент имеет право:**

3.4.1. В доступной для него форме лично (или законного представителя) получить имеющуюся информацию о диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах проведенного лечения.

### **4. Порядок оплаты**

4.1. Оплата услуг Исполнителя осуществляется в рублях Российской Федерации в размере 100% стоимости непосредственно в день их оказания по расценкам действующего на момент обращения прейскуранта, с которым пациент обязан ознакомиться перед началом лечения.

4.2. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств, в кассу исполнителя либо безналичным путем с использованием банковской карты.

4.3. Изменение условий оплаты может быть установлено соглашением сторон дополнительно.

## 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут обязательства в соответствии с действующим законодательством РФ

5.2. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, а побочные эффекты и осложнения, возникли вследствие биологических особенностей организма, либо нарушения (не выполнения) предписания врача

5.3. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений во время лечения, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении, или вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской организации).

## 6. Порядок рассмотрения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## 7. Срок действия договора

7.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до конца календарного года.

7.2 Сроки исполнения услуг отражаются в медицинской карте и согласовываются с Пациентом или законным представителем.

7.2 Договор составлен в двух подлинных экземплярах и находится по одному экземпляру у каждой из Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

## 8. Дополнительные условия

8.1. Граждане РФ и иностранные граждане принимаются только при наличии удостоверения личности.

8.2. Подписанием настоящего договора стороны подтверждают свое согласие на обработку персональных данных полученных в связи с заключением и исполнением настоящего договора. Стороны принимают на себя обязательство использовать персональные данные, полученные в связи с заключением и исполнением настоящего договора, исключительно для исполнения настоящего договора. Стороны обязуются не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом.

8.3. При подписании договора Пациент подтверждает свое ознакомление с документацией Клиники (Положением о порядке условиях оказания стоматологических услуг, Прейскурантом цен на оказываемые услуги и Правилами проведения медицинских услуг).

8.4. Все дополнения и приложения к настоящему Договору вступают в силу с момента подписания их сторонами и являются его неотъемлемой частью.

8.5. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи и печати с помощью средств механического или иного копирования электронно - цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

8.6. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

### 8.7. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.7.1 Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение N 1) и/или Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (Приложение № 2);

8.7.2 Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3).

## 9. Реквизиты и подписи сторон

### Пациент

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

### Исполнитель

ООО «Стоматологический центр „Стомодент“»

Юридический адрес: г. Хабаровск, ул. Калинина, 109

Телефон: +7 (4212) 573-773

Генеральный директор \_\_\_\_\_ Н.В. Павлова

**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, \_\_\_\_\_ 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Стоматологический центр «Стомадент»».

Медицинским работником \_\_\_\_\_ 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 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

ФИО пациента \_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника: \_\_\_\_\_ .\_\_.\_\_\_\_ г.

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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, \_\_\_\_\_ при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Стоматологический центр «Стомадент». Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

ФИО пациента \_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника: \_\_\_\_\_ .\_\_.\_\_\_\_ г.

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрирован(а) по адресу:

\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_ в целях оказания платных медицинских услуг даю согласие ООО «Стоматологический центр «Стомадент»» находящемуся по адресу: г. Хабаровск 680028, ул. Калинина, 109 на обработку персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". Настоящее согласие действует со дня его подписания и на период лечения в ООО «Стоматологический центр «Стомадент»».

ФИО пациента \_\_\_\_\_ г.