Уважаемый пациент!

Настоящим уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, 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. Также Вы обязаны соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента)**

**Договор**

на оказание платных стоматологических услуг

г. Чита ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ГАУЗ «КСП», расположенное по адресу: г. Чита, ул. Угданская,8, пом.1, ОГРН1027501184370, ИНН 7536034011,в лице Главного врача Поповой И.Н., действующего на основании Устава и в соответствии с лицензией на осуществления медицинской деятельности № ЛО-75-01-000940 от 18.02.2015 г. выданной Министерством здравоохранения Забайкальского края (адрес: г. Чита, ул. Богомягкова, 23, тел. 21-11-10), предоставлена бессрочно, место нахожденияи места осуществления лицензируемого вида деятельности: 672027, Забайкальский край, г. Чита, ул. Угданская, пом.1, на работы (услуги) выполняемые 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: организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, управлению сестринской деятельностью; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи экспертизе временной нетрудоспособности, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент» или «Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым ктаким услугам, перечень и стоимость которых определяется в актах, а Пациентобязуется оказанные услуги оплатить на условиях настоящего договора.

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

1.3. Пациент до начала лечения получил полную информацию о деятельности Исполнителя и предоставляемых им платных медицинских услугах; методах диагностики, лечения и возможных осложнениях, возникающих в результате лечения; ознакомлен с прейскурантом цен на платные стоматологические услуги; стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг, Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Забайкальского края бесплатной медицинской помощи, действующей на момент заключения договора, гарантийными сроками Исполнителя и по доброй воле согласен на оказание ему платных стоматологических услуг Исполнителем.

1.4.Пациент соглашается с тем, что стоимость стоматологических услуг, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены Исполнителем в процессе лечения. Точная стоимость услуг определяется после завершения лечения.

1.5. Составными частями Договора являются документы, оформленные до и в процессе предоставления услуг Пациенту и подписанные сторонами, составление которых объективно невозможно выполнить до проведения консультации, осмотра и начала лечения.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ:

* + 1. Ознакомить Пациента с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, в том числе об объеме и содержании услуг применительно к заболеванию Пациента, о применяемых методах медицинского воздействия и их последствиях, о его сопутствующих или последующих эффектах, о последствиях прогрессирования заболевания, о вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений при медицинском вмешательства, о составе и свойствах используемых медикаментов и материалов;информацию об Исполнителе услуг, в том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, о режиме его работы, правилах поведения пациента, контактные телефоны и телефоны, контролирующих организаций, информацию о специалистах, непосредственно осуществляющих медицинское воздействие; информацию о стоимости услуг Исполнителя и сроках гарантии на выполненные работы. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора (в том числе устно), формируется в соответствующей юридической и медицинской документации и предоставляется в наглядной форме для ознакомления на информационных стендах в помещении Исполнителя, а также на сайте организации www.zabstom.ru. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об Исполнителе, услугах и их стоимости.
    2. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, и выдать в течение установленного срока по письменному требованию Пациента/Представителя пациента, копии медицинских документов или выписку из них, в сроки и порядке,установленные Министерством здравоохранения РФ и локальными актами Исполнителя.
    3. Проводить необходимые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия.
    4. Определить для пациента гарантии на оказываемые услуги. Гарантийный срок на светоотверждаемые пломбы – 1 год; на первичное эндодонтическое лечение – 6 месяцев, на услуги ортопедической, ортодонтической стоматологи, имплантации – 1 год. Гарантия не распространяется на хирургические манипуляции, связанные с пластикой тканей (мягких и твердых), имплантацию с проведением направленной регенерации костной ткани и на операции направленной регенерации костной ткани (синуслифт, пересадку костных блоков, с применением мембранной техники и др. методов), на повторное эндодонтическое лечение. Допускается уменьшение гарантийных сроков врачом Исполнителя с обязательной отметкой в медицинской карте Заказчика.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ВПРАВЕ:

* + 1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с лечением, количеством выполняемых рентгенограмм, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет необходимыми для планирования и проведения лечения Пациента. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить пациента в иную специализированную медицинскую организацию.
    2. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения третьим лицам по требованию последних в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими.
    3. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма.
    4. При опоздании Пациента на прием более чем на 20 минут от назначенного Исполнителем времени, назначить лечение на другой день, согласованный с пациентом. В случае обращения к Исполнителю Пациента находящегося в состоянии алкогольного, наркотического опьянения или психоэмоционального возбуждения, Исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг.
    5. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план и (или) сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями - прервать лечение и расторгнуть договор. Если Пациент письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях;
    6. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача, расторгнуть настоящий договор с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

2.3. ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ:

2.3.1. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке и сроки, предусмотренном разделом 3 настоящего договора.

2.3.2. До оказания услуги информировать Исполнителя: о перенесенных заболеваниях; о хронических заболеваниях; о принимаемых препаратах; об известных препаратах, на которые у Пациента может возникнуть аллергическая реакция; проводимом ранее лечении и его результатах, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора лечения.

2.3.3. Со всей ответственностью выполнить все врачебные назначения (рекомендации); соблюдать гигиену полости рта, своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом исполнителя не менее чем за 24 часа до времени приема.

2.3.4. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы, отсутствия претензий к непосредственным результатам лечения.

* + 1. Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство.
    2. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб, протезов, ортопедических, ортодонтических конструкций, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.
    3. По окончании лечения являться для контрольных осмотров 1 раз в полгода, выполнять рекомендации врача по уходу за полостью рта; являться для проведения профессиональной гигиены полости рта с периодичностью, указанной в медицинской карте.
    4. При возникновении претензий к Исполнителю, обязуется первоначально обратиться с письменной претензией на имя главного врача учреждения Исполнителя.

2.4.ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:

* + 1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя.
    2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.
    3. Получить у исполнителя медицинскую документацию по результатам обследования и лечения, договор и рекомендации.
    4. В любое время расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю, часть цены пропорционально части выполненных работ (оказанных услуг).

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. На предоставление платных услуг составляется акт, который является неотъемлемой частью договора. Цена оказанных услуг определяется в соответствии с Прейскурантом, установленным Исполнителем.

3.2. Заказчик обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг на основании акта по расценкам действующего на момент подписания настоящего Договора прейскуранта. Оплата производится путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо по безналичному расчету. Возможно внесение авансовых платежей.

1. По всем гарантийным случаям работы выполняются бесплатно.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1.Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм, предусмотренных для использования медицинского оборудования, санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики, ведения медицинской документации. Претензии по поводу качества оказанных услуг рассматриваются в соответствии с законодательством Российской Федерации. В случае изменения плана лечения Пациент оплачивает все дополнительные действия Исполнителя.

1. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

4.2.1. возникновения осложнений при лечении зубов ранее подвергшихся лечению в другой клинике;

4.2.2. если медицинские услуги оказаны по настоянию пациента, несмотря на предупреждения врача о том, что эти услуги могут быть оказаны без гарантии;

4.2.3. если лечение прервано по инициативе пациента; невыполнения пациентом каких-либо требований и указаний Исполнителя, не противоречащих Договору;

4.2.4. возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;

4.2.5. рецидива периодонтитов, повышение или снижение чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленное заживление ран, отек тканей, болевые ощущения, аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения;

4.2.6. неявки или несвоевременной явки Пациента на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры;

4.2.7. несообщения или недостоверного сообщения существенных сведений о состоянии здоровья.

4.3. За нарушение сроков оплаты стоимости услуг, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 0,1% от не уплаченной в срок суммы за каждый день просрочки.

5. ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ.

5.1.Стоматологическая помощь оказывается после проведения осмотра и опроса Пациента в помещении Исполнителя по адресу: г. Чита, ул. Угданская,8, пом.1. Срок оказания медицинских услуг (их продолжительность) определяется Исполнителем с учётом методов лечения, конкретных лабораторных и/или диагностических исследований, и доведен Исполнителем до Пациента в момент заключения настоящего Договора.

5.2. Оказание услуг по настоящему Договору производится в порядке очереди на прием.

5.2. Стоматологическая помощь пациентам, направленным в поликлинику страховыми компаниями в рамках оказания стоматологических услуг по добровольному медицинскому страхованию, оказывается в следующем порядке:

5.2.1. после проведения осмотра и опроса, лечащий врач составляет план лечения с указанием ориентировочной стоимости лечения и согласовывает его с Пациентом;

5.2.2. в случае, когда план лечения, согласованный с Пациентом, входит проведение лечебных манипуляций, которые не входят в страховую программу, обязанность по оплате услуг лежит непосредственно на Пациенте, в порядке, предусмотренном в разделе 3 настоящего договора.

5.3. Срок предоставления услуги с момента заключения договора по 31.12.2023 года.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств. При заключении договора Исполнитель использует факсимильное воспроизведение подписи главного врача ГАУЗ «КСП». По требованию Заказчика, договор, подписанный с использованием факсимиле, подлежит замене на документ, подписанный собственной подписью в течение 3 дней с момента предъявления соответствующего требования.
2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ. Внесение изменений в договор допускается по соглашению сторон.
3. Пациент вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу:672090, Забайкальский край,г. Чита, ул. Богомягкова,23 ([priemnaya@minzdrav.e-zab.ru](mailto:priemnaya@minzdrav.e-zab.ru)); 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Амурская, 109;672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Костюшко-Григоровича, 4 ([priemnay@reg75.roszdravnadzor.ru](mailto:priemnay@reg75.roszdravnadzor.ru)); 67200, Забайкальский край, г. Чита, ул. Бутина,21 ([tf1@tfoms.chita.ru](mailto:tf1@tfoms.chita.ru)).
4. Исполнителем доведена до сведения Пациента информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе.

6.5.Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Заказчика об ознакомлении с записями врача в медицинской карте одновременно является его согласием с предложенной Исполнителем кандидатурой врача, методами и сроками выполнения лечения, качеством лечебных мероприятий.

ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «Исполнитель»: |  | «Пациент»: | | «Заказчик»: | |  | |  |
| ГАУЗ «КСП» | |  | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  |
| ИНН: 7536034011 / КПП: 753601001 | |  | Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Наименование юр.лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  |
| Адрес: г. Чита, ул. Угданская, 8, пом.1 | |  | Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  |
| ОГРН 1027501184370 | |  | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  |
| Р/с 40603810375754000004 | |  | Конт.тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Конт.тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  |
| *Сибирский филиал*  *ПАО РОСБАНК г. Красноярск*  *К/с30101810000000000388*  *БИК 040407388*  *Главный врач*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.Н. Попова | |  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
| М.П. |  |  | |  | |  | |  |

С диагнозом, объемом, планом,

возможными осложнениями,

прейскурантом на услуги, Территориальной программой ознакомлен

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/