

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г.Уфа

____.____.20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Арт Клиник», сокращенное наименование: **ООО «Дентал Арт Клиник»** (450077, Республика Башкортостан, г.о. город Уфа, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 78, помещ.20), ИНН 0278941346, КПП 027401001, ОГРН 1180280033097 (регистрирующий орган МРИ ФНС № 39 по Республике Башкортостан, 450076, г. Уфа, улица Красина, дом 52), действующее на основании Устава, Лицензии № Л041-01170-02/00355092 от 22.07.2020г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан) на осуществление медицинской деятельности (выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной 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; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической), срок действия бессрочно, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора _____, действующей на основании доверенности № ____ от ____ г., выданной генеральным директором Цапенко С.С., с одной стороны, и

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

Этот раздел заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): документ, удостоверяющий личность: _____
несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина (полностью)),

_____ год рождения)

зарегистрирован по адресу: _____

Телефон: _____ e-mail: _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Законный представитель)», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя)), обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Потребитель (Законный представитель Потребителя) — оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора на момент окончания услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Акте об оказании платных услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ООО «Дентал Арт Клиник» в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.5. Целью оказания услуги является: сохранение, продление, повышение качества жизни пациента, восстановление, улучшение, поддержание здоровья.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя (Законного представителя Потребителя) получить медицинские услуги за плату и наличие на то медицинских показаний.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору Потребителя (Законного представителя), в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Потребителя, после предварительного собеседования и осмотра, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его **письменное Информированное добровольное согласие** (*Приложение №1*), вместе с Потребитель (Законный представитель)ом составляет Предварительный план лечения (*Приложение №2*), после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с предварительным планом лечения.

2.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

2.4. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия, выполнения Потребителем установленного графика визитов, расписания работы врача и указывается в Предварительном плане лечения.

2.4.1. Срок оказания медицинских услуг зависит от вида лечения, который указывается в предварительном плане лечения (*Приложение №2*).

2.5. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется обязательно письменно и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.6. Клиника, при заключении Договора, предоставила Потребителю и Законному представителю в доступной форме **информацию:**

2.6.1. **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 **в учреждениях, работающих по программе государственных гарантий.**

2.6.2. Клиника уведомляет Потребителя и Законного представителя, что она **не участвует в реализации программы государственных гарантий** бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.6.3. Об обязанности Потребителя и Законного представителя соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Потребителя.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.4. По требованию Потребителя (Законного представителя) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (Законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

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

3.1.6. Исполнитель обеспечивает участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

3.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Законного представителя).

3.1.9. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.2 Потребитель (Законный представитель) обязуется:

3.2.1. Оказывать содействие, обеспечивающее качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять рекомендации и назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья либо о состоянии здоровья ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор; соблюдать врачебные рекомендации, в том числе указанные в Памятке пациента (Приложение №3).

3.2.2. Потребитель обязан выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

3.2.3. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением мед. помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.4. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультации специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Потребителя, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.6. Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.

3.2.7. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Потребитель (Законный представитель) обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные Исполнителем затраты.

3.2.8. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт об оказании стоматологических услуг (Приложение №4).

3.2.9. Оплатить оказанную Клиникой Услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.

3.2.10. Посещать клинику Исполнителя для бесплатного профилактического осмотра.

3.2.11. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения в Клинике и условия гарантии.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, объем и стоимость лечения.

3.3.2. Направлять Потребителя в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату, предварительно уведомив об этом Потребителя (Законного представителя).

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с *Приложением №5* к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».

3.3.4. Отказать Потребителю (Законному представителю) в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую медицинскую услугу.

3.3.5. Не приступать к оказанию новых услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Потребителем (Законным представителем) услуг в соответствии с Договором.

3.3.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг.

3.3.7. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.3.8. Перенести лечебное мероприятие на новый срок при опоздании Потребителя на прием более, чем на 20 минут от назначенного Исполнителем времени приема, если это не позволит провести качественное лечение в оставшееся забронированное время приема.

3.3.9. Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путем размещения на сайте Клиники, а также на информационном стенде.

3.4. Потребитель (Законный представитель) имеет право:

3.4.1. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.2. Получать информацию о результатах проводимого лечения, состоянии своего здоровья, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.3. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.

3.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4.5. Все права в соответствии с ФЗ №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан».

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Потребитель (Законный представитель) производит оплату медицинских услуг по прейскуранту Исполнителя на день оплаты услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала

Исполнителя и банковских карт международных платежных систем. В подтверждение оплаты услуг Потребителю выдается соответствующий фискальный документ.

4.2. Потребитель (Законный представитель) согласен оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем внесения аванса в сумме стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.3. Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания — по предварительной договоренности Сторон.

4.4. При досрочном расторжении Договора аванс возвращается Потребителю (Законному представителю) в течение 10 банковских дней с момента получения Исполнителем письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем убытков.

4.5. При неоплате Потребителем (Законным представителем) стоимости оказанных медицинских услуг без письменного согласования рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Потребитель (Законный представитель) оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Потребителя от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Законным представителем) неполной информации о своем здоровье либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.2.1. настоящего договора.

5.4. В случае неблагоприятного исхода лечения с возникновением предполагаемых осложнений и или не наступлении результата лечения, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (*Приложение №1*) и иных приложений к настоящему Договору, Исполнитель перед Потребителем ответственности не несет.

5.5. В случае нарушения пациентом п. 3.2.3. настоящего договора, Исполнитель не несет ответственности в случае предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу или после изготовления в другой клинике стоматологического изделия, способного прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию.

5.6. При надлежащем исполнении обязательств Клиникой, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.

5.7. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем

Гарантийные сроки и сроки службы на выполненные стоматологические работы для каждого Потребителя устанавливаются лечащим врачом в зависимости от клинической ситуации в полости рта, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях, полноты выполнения пациентом плана лечения, рекомендованного врачом, соблюдения пациентом условий предоставления гарантии.

С учетом указанных обстоятельств, в каждом конкретном случае гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены, что фиксируется врачом в истории болезни пациента.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и другие неовещественные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Потребителем условий настоящего Договора указанных в п.п. 5.4., 5.5. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы стоматологических конструкций Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте Клиники и на информационном стенде.

7. Порядок разрешения споров

7.1. В случае возникновения разногласий между Сторонами по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

7.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг (*Приложение №1*), путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

7.3. При не достижении согласия сторон, споры между Сторонами разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в судебном порядке.

8. Прочие условия

8.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами устно или письменно.

8.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Потребителю не выдаются. По письменному требованию Потребителя (Законного представителя) ему может предоставляться их копия или выписка.

8.3. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Законный представитель Потребителя) наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Потребителю медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карге с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

8.4. Подписывая данный договор, Потребитель (Законный представитель Потребителя) в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 28.08.2006г. «О персональных данных» 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Дентал Арт Клиник» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем (Законным представителем).

8.4.1. В соответствии со ст. 44.1 ФЗ РФ от 07.07.2014 г. «О связи» №126-ФЗ и ст. 18 ФЗ РФ от 13.03.2006г. «О рекламе» №38-ФЗ даю согласие на получение информации по каналам связи от Оператора, в т.ч. в виде СМС рассылки, и т.п.

✓

(подпись)

(дата)

(Ф.И.О.)

8.4.2. Я разрешаю проведение фото-видеосъемки ротовой полости и проводимых манипуляций для планирования и проведения качественного лечения, хранение полученных материалов и их использование в научных целях (без указания персональных данных):

✓

(подпись)

(дата)

(Ф.И.О.)

Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.5. Подписывая данный Договор, Потребитель (Законный представитель Потребителя) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с Положением о гарантийных обязательствах.

8.6. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами договора.

8.7. Стороны обязуются извещать друг друга об изменении своих адресов и контактных номеров телефонов.

8.8. Договор составлен двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.9. Все приложения, указанные в настоящем договоре рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

8.10. Стороны пришли к соглашению о том, что собственноручная подпись и факсимильная подпись уполномоченного подписывать настоящий Договор лица имеют равную юридическую силу на настоящем Договоре и его Приложениях:

Приложение №1 Информированное добровольное согласие

Приложение №2 План лечения

Приложение №3 Уведомление (Памятка)

Приложение №4 Акт об оказании платных медицинских услуг

Приложение №5 Гарантийные обязательства.

9. Конфиденциальность

9.1. Конфиденциальной по настоящему договору признается следующая информация:

9.1.1. Сведения о Потребителе (персональные данные).

9.1.2. Сведения о заболеваниях Потребителя.

9.1.3. Сведения о стоимости оказанных Потребителю медицинских услуг.

9.2. Персональные данные

9.2.1. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность полученных персональных данных Потребителя, использовать персональные данные только для выполнения целей исполнения настоящего договора. Исполнитель несет ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

9.2.2. Передача третьим лицам или иное разглашение полученных персональных данных Потребителя, может осуществляться только с письменного согласия Потребителя (Законного представителя). Исключения из настоящего положения составляют

случаи обязательного предоставления информации, предусмотренные действующими нормативно-правовыми актами и Политикой обработки персональных данных Исполнителя.

9.2.3. Потребитель (Законный представитель), подписывая настоящий Договор, согласен с порядком обработки персональных данных, определенном Политикой обработки персональных данных ООО «Дентал Арт Клиник», размещенной на информационных стендах и официальном сайте Исполнителя.

10. Срок действия договора

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

<p>Исполнитель: ООО "Дентал Арт Клиник" ИНН 0278941346, КПП 027401001 ОГРН 1180280033097 Расчетный счет 40702810906000053374 БАШИКСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 8598 ПАО СБЕРБАНК БИК 048073601, К/счет 30101810300000000601, ОКВЭД 86.23 Юридический адрес: 450077, Республика Башкортостан, г.о. город Уфа, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 78, помещ. 20 Тел. +7(347) 62-77-66. Сайт https://artiumdental.ru Лицензия № Л041-01170-02/00355092 выдана 22.07.2020 г. бессрочно Минздравом РБ: 450002, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел./факс: 218-00-81 e-mail: minzdrav@ufanet.ru</p> <p>Администратор _____ Должность _____ Ф.И.О _____</p> <p>Подпись _____ М.П. _____</p>	<p>Потребитель/Законный представитель</p> <p>Ф.И.О. _____</p> <p>Домашний адрес _____</p> <p>Паспортные данные Паспорт РФ: _____ № _____, Выдан: _____,</p> <p>Код подразделения: _____</p> <p>Конт.тел _____</p> <p>Подпись _____</p> <p>Законный представитель (ПЛАТЕЛЬЩИК УСЛУГ): Ф.И.О.: _____</p> <p>Подпись законного представителя (ПЛАТЕЛЬЩИКА УСЛУГ): _____</p>
---	--

С действующими «Положением о гарантийных обязательствах», «Положением об оплате медицинских услуг», «Правилами эксплуатации стоматологических конструкций/пломб», «Прейскурантами цен на медицинские услуги» ознакомлен(-на), суть указанных документов мне понятна.

Подпись _____ (_____)
Расшифровка подписи

За несовершеннолетнего, не достигшего 14 лет _____
Фамилия Имя Отчество ребенка до 14 лет

Несовершеннолетний с 14 до 18 лет с согласия представителей

Подпись _____ (_____)
Расшифровка подписи ребенка с 14 до 18 лет

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство и обследование
(диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)
на выполнение исследований, лечение заболеваний полости рта**

г. Уфа

_____ Г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» и ФЗ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и, что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____, добровольно обращаюсь в ООО «Дентал Арт Клиник» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов 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.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (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) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, 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.

Мне в доступной для меня форме были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, а также альтернативы (в том числе более дешевые) предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих стоматологических заболеваний. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии 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 сотрудники ООО «Дентал Арт Клиник» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Потребитель

Подпись врача

✓

(Ф.И.О.пациента) (Подпись)

(Ф.И.О.медицинского работника) (подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи

г. Уфа

__ . __ . ____ Г.

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 «Дентал Арт Клиник» 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 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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 5 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).

Подпись Потребителя

Подпись врача

✓

(Ф.И.О. пациента) (Подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

Приложение 3

ООО «Дентал Арт Клиник»

г. Уфа

Уведомление

О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения

Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Арт Клиник» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006») уведомляет потребителя и законного представителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Врач ✓ _____

С уведомлением ознакомлен. Экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись Потребителя (Законного представителя) ✓ _____

ФИО _____

Дата _____