

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника Калининградской области», действующее на основании Устава, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия ФС-39-01-000687 от 28 апреля 2012 г.), в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице главного врача Волкова Евгения Борисовича, с одной стороны и гражданина(ка) _____, (законный представитель _____), действующий в интересах несовершеннолетнего _____), действующий с согласия законного представителя _____), именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить работы по оказанию платной стоматологической помощи.

1.1.2. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя и согласовывается сторонами в Приложении, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказывать стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте Пациента на основании его добровольного информированного согласия, с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки, в соответствии с требованиями соответствующих стандартов, технологий и санитарных норм, регламентированных законодательством РФ.

2.1.2. Предоставить Пациенту в доступной форме необходимую и достаточную информацию о состоянии его стоматологического статуса, диагнозе, возможных вариантах развития болезни, методах лечения, их стоимости на момент оказания услуги, и возможных осложнениях.

2.1.3. Согласовать с Пациентом план стоматологического лечения.

2.1.4. Предоставить Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

2.1.5. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, и отразить эту информацию в медицинской карте Пациента.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а так же врачебную тайну.

2.1.7. Предоставлять гарантию на оказываемые услуги.

2.1.8. Предпринять все возможные усилия по предупреждению осложнений в процессе оказания стоматологических услуг, однако Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений:

- возникших по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений и рекомендаций врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья);
- если стоматологическая услуга оказана с соблюдением действующих стандартов или требований, обычно предъявляемых к услугам подобного рода, а побочные эффекты и осложнения связаны с физиологическими особенностями организма Пациента, и используемые технологии оказания стоматологических услуг не позволили избежать их наступления;
- при лечении зубов, ранее подвергшихся лечению в других лечебных организациях по этому же диагнозу;
- при эндодонтических манипуляциях, проводимых в искривленных корневых каналах зубов, когда анатомофизиологические и топографические данные не совместимы с возможностями эндодонтического инструментария;
- при повторном эндодонтическом лечении, когда оно направлено на устранение дефектов ранее проведенного эндодонтического лечения (неполное или некачественное пломбирование корневого канала, инструменты в корневом канале и т. п.);
- при возникновении аллергических реакций или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии или непереносимости не отражено в медицинской карте Пациента, заполненной с его слов и удостоверенной его подписью;
- если Пациент не предоставил информацию об общем состоянии своего здоровья или ранее проводимом стоматологическом лечении.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от проведения лечения, если требуемое Пациентом лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать нежелательные последствия. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента.

2.2.2. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения третьим лицам по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими.

2.2.3. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

2.2.4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.5. Требовать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.6. Отказать в приеме и/или переназначить Пациента, кроме случаев, требующих экстренного вмешательства, в случае:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала;
- требования Заказчиком услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.
- опоздания на прием более 15 минут
- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, возникшими при лечении предыдущих Пациентов
- отсутствия лечащего врача в поликлинике по уважительной причине.

2.2.7. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием места жительства и паспортных данных.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Предоставить медицинским работникам Исполнителя всю известную ему информацию о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях, наследственных заболеваниях родственников и т.д., необходимую для оказания медицинской услуги.

2.3.2. Следовать предложенному врачом и согласованному с ним плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить об этом Исполнителя.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы.

2.3.7. Своевременно оплатить предварительное консультативное заключение и предоставляемые стоматологические услуги в соответствии с действующим прейскурантом.

2.3.8. Ознакомиться и подписать информированное согласие на медицинское вмешательство.

2.3.9. Хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.4. Пациент имеет право:

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

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

2.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза или пломбы.

2.4.5. На медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденной региональным правительством.

3. Цена договора и порядок расчетов.

3.1.1. Исполнитель приступает к работе только после оплаты (или предоплаты не менее 50%) согласованного плана лечения и предварительной консультации

3.1.2. Стоимость услуги определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть.

3.1.3. Пациент оплачивает запланированные услуги (или часть услуги) в кассу Исполнителя по прейскуранту до начала исполнения услуги или ее части.

3.1.4. При выборе ортопедического лечения Пациент оплачивает в кассу полную стоимость услуги или аванс в размере не менее 50% до начала протезирования.

3.1.5. Остаточную сумму Пациент обязан внести не позднее дня приема работы до окончательной фиксации или наложения протезов в полости рта.

3.1.6. При нарушении п.2.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении возможных скидок, если таковые были оговорены ранее.

4. Срок действия договора.

4.1.1. Договор действует с момента подписания и до окончания лечения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.

5. Прекращение и расторжение договора.

5.1.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Исполнителем. При этом Пациент делает отметку в амбулаторной карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств Исполнителем.

5.2.1. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.

5.2.2. Отказ или уклонение Пациента следовать рекомендациям врача или графику приема Исполнителя равносильно одностороннему расторжению договора.

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

5.2.4. Неоплата услуги (или ее части) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора.

6. Прочие условия договора.

6.1.1. Подписанием настоящего Договора Пациент, а также лица, в интересах которых Пациент заключает настоящий договор, **выражают свое письменное согласие на обработку персональных данных**, к которым относятся: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол; серия, номер паспорта, иные паспортные данные; адрес проживания и регистрации, домашний и мобильный телефон; данные о состоянии здоровья, любые иные данные, которые Пациент сообщил при заключении или в ходе исполнения настоящего договора. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем в целях исполнения настоящего договора и договоров с третьими лицами, и включает в себя сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение персональных данных. Настоящее согласие действует в течение неопределенного срока. Действие согласия прекращается на основании письменного заявления, которое подписывается Пациентом и вручается, либо направляется заказным письмом с уведомлением о вручении Исполнителю.

6.1.2. Пациент согласен (не согласен) на возможное использование Исполнителем персональных медицинских данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, моделей и т.д., при изучении другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и других профессиональных мероприятиях.

6.1.3. Пациенту разъяснены и понятии права субъекта персональных данных (подпись Пациента) _____

6.1.4. Лица или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения лечебного учреждения Исполнителя и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения: _____

7. Дополнительные условия

7.1.1. При работе Исполнителя с Пациентом возможно выявление непредвиденных физиологических патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

7.1.2. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на все виды работ, за исключением работ по следующим разделам стоматологии: зубная имплантация, пародонтология (лечение тканей вокруг зуба), отбеливание зубов.

7.1.3. Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.

7.1.4. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

8. Ответственность сторон.

8.1.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

8.1.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

8.1.3. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

- возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем физиологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;

- осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;

- возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии;

- переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим Пациентом.

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

9. Разрешение споров.

9.1.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

9.1.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10. Юридические адреса сторон и банковские реквизиты

Исполнитель:

ГАУЗ «Областная стоматологическая поликлиника
Калининградской области»
г. Калининград, ул. Клиническая, д. 69
ИНН 3906026691, КПП 390601001, р/сч 40601810400001000001 в ГРКЦ ГУ
Банка России по Калининградской области г. Калининград, БИК 042748001
Лицензия ФС-39-01-000687 от 28.03.2012г (Работы (услуги), выполняемые
при осуществлении доврачебной медицинской помощи. Работы (услуги),
выполняемые при осуществлении специализированной медицинской
помощи по: анестезиологии и реаниматологии, контролю качества
медицинской помощи, общественному здоровью и организации
здравоохранения, ортодонтии, стоматологии, стоматологии детской,
стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической,
стоматологии хирургической, экспертизе временной нетрудоспособности.)
выдана Управлением Росздравнадзора по Калининградской области
(г.Калининград, ул.Степана Разина,127, тел. 53-52-01).

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серии 39 №001498912 от
12.04.2012г. выдано МИФНС №1 по Калининградской области

Пациент:

(Ф.И.О.) _____

Паспорт:

серия _____ номер _____ выдан _____

Адрес: _____

Телефон: _____

(подпись)

(Ф. И. О.)

«__» _____ 201__ г.

Главный врач _____ Е.Б.Волков