

г. _____

_____ 202_ г

ООО «Сервис-Дент», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Белова Сергея Николаевича, действующего устава, с одной стороны, и гр. _____,

Паспорт РФ: _____,

Выдан: _____,

зарегистрирован и для отправки писем _____,

именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги на условиях настоящего договора, а также оказывать содействие их исполнению.

При заключении договора Потребителю (Заказчику) представлена, в доступной форме, информация о получении соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

1.2. Под медицинскими услугами в настоящем договоре понимаются:

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: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

1.3. Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01139-37/00555342 от 05.12.2017 г. на осуществление медицинской деятельности, бессрочно. Выдана Департаментом здравоохранения Ивановской области, Адрес Департамента: Шереметевский просп., 1, телефон: +7 (4932) 59-48-20. Адрес места нахождения ООО «Сервис-Дент» - 153035, Россия, Ивановская область, г. Иваново, ул. 1-я Полевая, д. 35А, офис 1006; ОГРН - 1043700756923

Услуги оказываются по адресам:

153035, Ивановская область, г. Иваново, ул. 1-я Полевая, д. 35А, помещение 1004А (Лаборатории) выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической.

153035, Ивановская область, г. Иваново, ул. 1-я Полевая, д. 35А, помещение № 1006, Литер А (Кабинет)

выполняемые работы, оказываемые услуги:

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: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии;

рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

155630, Ивановская область, Южский район, г. Южа, проезд Глушицкий, д. 5к (Кабинет) выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической.

1.4. Настоящий договор определяет общие условия оказания всех перечисленных в п.1.2. услуг Заказчику. Детализация видов работ и услуг, стоимости этапов, сроков этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, информированных согласиях, медицинской карте с обязательной подписью (согласием с изложенным) Заказчика. Совершение Заказчиком действий, свидетельствующих о намерении получить услугу в рамках настоящего рамочного договора (запись на прием) в силу п.1 ст. 160, п. 1 ст. 434, п.3 ст.438 ГК РФ признаются фактом заключения договора.

1.5. Настоящий договор является публичным в силу ст. 426 ГК РФ. Условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. Исполнитель не имеет права оказывать кому-либо предпочтение при оказании медицинских услуг, устанавливая уникальные для отдельного Заказчика условия.

1.6. Услуги могут быть оказаны Заказчику с привлечением третьих лиц - медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (зуботехнических лабораторий).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику информацию в соответствии с требованиями законодательства о защите прав потребителей: сведения о местонахождении, режиме работы, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, копии лицензии, порядки оказания медицинской помощи, информация о квалификации конкретного медицинского работника предоставляется Исполнителем по требованию Заказчика, а также ознакомиться на информационном стенде самостоятельно.

2.1.2. Провести качественное обследование Заказчика, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов или в учреждениях иного медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования. Заказчик самостоятельно принимает решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача.

2.1.3. После первичного обследования предоставить Заказчику информацию: о состоянии здоровья, о возможных в конкретном случае вариантах лечения, протезирования, операций, медикаментах, о сущности оказываемых услуг, о противопоказаниях, возможных осложнениях и неприятных ощущениях, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него в связи с его медицинской спецификой, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.4. Составить для Заказчика рекомендуемый план лечения в случае, если лечение предполагает несколько этапов, согласовать его с Заказчиком. При наличии показаний, изменения состояния здоровья пациента, План лечения может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Заказчиком, путем заключения дополнительного соглашения или перезаключения договора (Приложение №1) Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения согласия Пациента. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в Планах лечения. Исполнитель разъясняет Пациенту последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Пациента, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуг до их оказания: указать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны; указать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. По требованию Заказчика может быть составлена предварительная смета (финансовый план) на лечение.

2.1.6. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие (ИС) на комплекс диагностических мероприятий, а также на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.1.7. Определить для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, ознакомить с локальным актом, устанавливающим гарантийные обязательства ООО «Сервис-Дент».

2.1.8. Обеспечить качество и безопасность медицинской услуги в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

2.1.9. Сдать работу Заказчику, ознакомив его с объемом работ (манипуляций), который был выполнен, теми результатами, которые достигнуты и конкретными гарантийными сроками, которые установил врач, зафиксировав факт сдачи работы своей подписью и подписью Заказчика в медицинской документации.

2.1.10. По факту оказанной услуги предоставить Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги (кассовый чек, квитанция - по запросу).

2.1.11 По окончании работ Исполнитель и Пациент подписывают акт об оказанных услугах, где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг.

Данный акт подписывается двумя сторонами и является неотъемлемой частью настоящего договора. (Приложение № 2).

2.1.12. Согласовать время явки Пациента каждый раз. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в письменной или устной форме.

2.1.13. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае отсутствия лечащего врача (болезни, командировки), опоздания пациента на прием более, чем на 20 минут, явки пациента на прием в состоянии, когда он не способен понимать значение своих действий - перенести прием на другое время по согласованию с Заказчиком.

2.2.2. В случае неоднократных (более 2 раз) опозданий на прием, неявок на прием без предупреждения за 24 часа - устанавливать для Заказчика ограничения по времени возможного приема.

2.2.3. Не оказывать услуги Заказчику, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения той или иной манипуляции. Исполнитель имеет право запросить у Заказчика медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству, отложить или отменить лечебные мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Заказчика противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма (ОРВИ, герпес, состояние алкогольного и наркотического опьянения и т.п.)

2.2.4. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от Заказчика и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки, в частности:

а) несоблюдение Заказчиком данных врачом рекомендаций и невыполнение назначений;

б) отказ от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, проводить лечение;

в) нарушение правил внутреннего распорядка в медицинской организации;

г) некорректное, незачинное, деструктивное поведение Заказчика и/или Пациента в отношениях с лечащим врачом, приведшее к отказу лечащего врача от лечения и наблюдения Заказчика/Пациента (невозможность установления терапевтического сотрудничества с заказчиком/пациентом) - Исполнитель однократно информирует Заказчика о необходимости устранения перечисленных обстоятельств устно и в письменном виде путем направления письма по указанному заказчиком адресу. Если после этого Заказчик не устранил перечисленные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Заказчиком (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отказа Заказчик уведомляется однократно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии состояния Заказчика/Пациента, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

2.2.5. В случае возникновения необходимости оказания экстренной/неотложной помощи самостоятельно определять объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не озвученной пациентом.

2.2.6. Исполнитель вправе установить в холле и кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

2.2.7. Осуществлять фотофиксацию клинической ситуации полости рта, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг.

2.2.8. В целях организации контроля качества оказываемых услуг и обеспечения безопасности врача и пациента производить видеозапись в холле клиники, а также в помещении лечебных кабинетов во время приема в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации Заказчик (Пациент), при этом, осознает и согласен с тем, что Исполнитель использует изображение Заказчика (Пациента), его голос в обозначенных целях (обеспечение безопасности и контроль качества оказываемых услуг).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг (ст. 718, 783 ГК РФ) в частности:

а) предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента;

б) соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. В случае несоблюдения рекомендаций и назначений лечащего врача Заказчик несет риск наступления положительного исхода лечения, а также риски наступления возможных негативных последствий для здоровья (обострения клинической ситуации, перехода заболевания в хроническую стадию о причине не долеченной и пр.);

в) выполнить план лечения, на реализацию которого Заказчик дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения;

г) своевременно посещать лечебные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья. В случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя за 24 часа любым доступным способом;

д) на протяжении лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной медицины;

е) в случае возникновения осложнений либо претензий по качеству лечения обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также первой помощи. После этого Заказчик вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если таковой будет установлен;

2.3.2. Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в соответствии с п.п. 2.1.2., 2.1.3., 2.1.5., 2.1.6., 2.1.7. настоящего Договора и подтвердить факт ознакомления и согласия личной подписью в листе информированного согласия, планах лечения, а также в медицинской карте. Удостоверить личной подписью сообщенные сведения о своем здоровье/здоровье Пациента.

2.3.3. Принять оказанные услуги (выполненные работы), ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями, поставив свою подпись в медицинской карте по форме 043/у.

2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка поликлиники.

2.3.5. Предупредить лечащего врача в случае, если лечение не окончено, а Заказчик/Пациент планирует длительный отъезд, при котором нарушается план и сроки лечения.

2.3.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора, в том числе, услуги неотложной помощи, оказанные без согласия Заказчика, в целях сохранения здоровья последнего/Пациента.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента в рамках специализации персонала

клиники, о предоставляемых услугах.

2.4.2. Получить качественную и безопасную медицинскую услугу.

2.4.3. Выбирать кандидатуру лечащего врача с учетом его специализации и согласия. **Лечащий врач имеет право отказаться от лечения и наблюдения пациента, если отсутствует угроза для жизни последнего, в том числе, в случае невозможности установления с пациентом лично-доверительных отношений (ст. 70 ФЗ № 323 от 21.11.2011 года). В указанном случае Исполнитель производит замену лечащего врача при наличии такой возможности.**

2.4.4. Получить медицинскую справку, медицинское заключение в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 02.05.2012 года № 441н в течение 3 (трех) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора.

2.4.5. Получить копию медицинской карты в полном объеме либо выписку из нее, а также прицельные снимки в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя генерального директора. Заказчик соглашается с тем, что право на информацию о своем здоровье/здоровье Пациента реализуется им путем ознакомления с записями медицинской документации на каждом приеме, а также путем получения копии медицинской карты.

2.4.6. Получить документы для социального налогового вычета в течение 7 (семи) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора.

2.4.7. Все документы, содержащие данные о здоровье Заказчика/Пациента, могут быть выданы только лично Заказчику либо названному им в настоящем договоре лицу при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорта).

2.4.8. Пригласить по согласованию с врачом на прием одного родственника либо иное лицо, присутствия которого пожелает Заказчик (Пациент). При наличии показаний, необходимости медицинского осмотра, проведения медицинских манипуляций врач имеет право ограничить присутствие родственников (пригласить их в кабинет, когда сочтет это возможным).

2.4.9. **В случае, если Заказчик в одностороннем порядке отказался от исполнения договора в части конкретного приема (не явился на конкретный прием без предупреждения), Исполнитель вправе потребовать возмещения фактически понесенных расходов в виде простоя клиники в размере 1500 рублей за один час (ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей»). При отсутствии экстренной ситуации, запись на последующие приемы производится только после погашения задолженности.**

Заказчика в порядке, предусмотренном п.5.6. настоящего договора.

2.5. Для целей обработки персональных данных Заказчик предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных (данных о здоровье, биометрических данных) по форме (Приложение 3) к настоящему Договору.

3. Сроки исполнения обязательств

3.1. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Заказчика/Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. Запись Заказчика/Пациента по телефону на прием рассматривается сторонами как факт согласования срока оказания конкретной услуги (срока обращения в клинику) в рамках настоящего договора. Длительность врачебного приема: от 20 минут до 2 часов в зависимости от вида приема и медицинских вмешательств.

3.2. Сроки предоставления консультативных услуг оказываются по записи в день обращения, исходя из конкретной клинической ситуации Заказчика и с учетом материально-технической возможности у Исполнителя, загруженности приема врача. Диагностические услуги, оперативные вмешательства, конкретные услуги, проведения длительного этапного лечения конкретизируются по соглашению с Заказчиком, исходя из периода, необходимого для изготовления зубопротезных, конструкций; общего соматического статуса пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации проводятся по записи. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается услуга, сдается работа) определяется индивидуально, согласуется с Заказчиком и фиксируется в плане лечения либо медицинской карте.

4. Качество и безопасность услуг, гарантийные обязательства

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций, хронизация - в зависимости от состояния здоровья Заказчика/Пациента и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Заказчиком результата не является свидетельством некачественной услуги (отсутствие остеоинтеграции импланта, не приживление костного материала).

4.3. Качество зубного протеза определяется соблюдением стандарта его изготовления. Выявление аллергии на материалы, из которых изготавливаются протезы, и которая не могла быть спрогнозирована, несоответствие ожиданий Заказчика полученному комфорту и эстетике не свидетельствуют о некачественном оказании услуги.

4.4. Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края - формируются на основе индивидуальных антропометрических показателей с учетом положения уже имеющихся зубов. Заказчик имеет право высказать свои пожелания относительно эстетики протезов не более, чем на двух приемах. Если все пожелания Заказчика были выполнены, протез (коронка) соответствует методике его создания с учетом антропометрических показателей, но Заказчик не принял работу, ортопедическая работа считается сданной Заказчику, а ортопедическая услуга - оказанной качественно.

4.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по договору, предполагают возможность вмешательства в органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Заказчик, не является дефектом медицинской помощи.

4.6. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Заказчика/Пациента.

4.7. Гарантийные обязательства сторон при оказании стоматологических услуг установлены локальным правовым актом - положением о гарантиях, являющимся составной частью условий настоящего договора.

4.8. Ответственность Исполнителя по гарантийным обязательствам не наступают в случае:

4.8.1. Если Заказчик умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о перенесенных заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему договору, а также по иным основаниям предусмотренным законодательством РФ

4.8.2. Если восстановленный зуб с удаленным «нервом» (депульпированный) не закрывается Заказчиком ортопедической конструкцией в течении одного месяца с момента окончания лечения.

4.8.3. Возникновения у Заказчика в процессе лечения, протезирования или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий.

4.8.4. Отторжение имплантатов в результате соматического заболевания

4.8.5. Проведение зуб сохраняющих операций

4.8.6. Лечение зубов с диагнозом «периодонтит»

4.8.7. Повторного лечения корневых каналов

4.8.8. Повышенной или сниженной чувствительности оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленного заживления ран, отека тканей, болевых ощущений, аллергической реакции и других неожиданных последствий, и осложнений.

Приложение №1 к договору №
Соглашение о предварительном плане лечения.

г. **Иваново**

ООО «Сервис-Дент», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Белова Сергея Николаевича, действующего устава, с одной стороны, и гр. _____, проживающий _____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель (Заказчик)**» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Заказчику следующие платные медицинские услуги согласно предварительному плану лечения.

Предварительный план лечения

ФИО пациента _____

Этап № 1.

№ п/п	Код услуги	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена за единицу, рубли	Стоимость, рубли
				ИТОГО:	

Этап № 2.

№ п/п	Код услуги	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена за единицу, рубли	
				ИТОГО:	

Этап № 3.

№ п/п	Код услуги	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена за единицу, рубли	
				ИТОГО:	

Общая стоимость медицинских услуг по настоящему плану лечения: _____ рублей, НДС _____.

Сроки предоставления услуг по настоящему плану лечения:

Этап 1 – ____ (_____) месяцев.

Этап 2 – ____ (_____) месяцев.

Этап 3 – ____ (_____) месяцев.

Сроки предоставления конкретных Услуг зависят от состояния здоровья пациента, графика визитов пациента, расписания работы врача и могут быть скорректированы.

Настоящий план является предварительным и может быть изменен по согласованию с пациентом в соответствии с медицинскими показаниями, состоянием здоровья пациента, результатами обследований и иными факторами.

В случае отказа пациента от получения медицинских услуг согласно плану, в том числе в связи с несогласием пациента с предложенными изменениями в план лечения, договор на предоставление медицинских услуг считается расторгнутым по инициативе Пациента.

Я понимаю, что должен(на) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, приводит к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения.

В соответствии с положениями Закона № 323-ФЗ пациент обязан заботиться о сохранении своего здоровья. Я согласен(на) тщательно и скрупулёзно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением возможного результата. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

С планом лечения ознакомлен и согласен.

Пациент

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____ /

2. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Заказчика и один у Исполнителя.

3. Соглашение является неотъемлемой частью Договора № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____

4. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

Исполнитель _____ / С.Н. Белов/

Потребитель (Заказчик) _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «Сервис-Дент»

Я, _____,

Паспорт _____, проживающий _____ в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Сервис-Дент» в лице генерального директора Белова Сергея Николаевича, действующего на основании Устава (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет - для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем

присутствии: _____ (должность,

ФИО)

Я, _____ в соответствии с требованиями статьи 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» обращаюсь в ООО « ДЕНТ СЕРВИС», юридический / фактический адрес нахождения: г. Иваново, ул. 1я Полевая, д. 35А, помещение 1006 , лицензия №. Л041-01139-37/00555342 о т 05.12.2017 г на осуществление видов медицинской деятельности: При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по :ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической ОГРН 1043700756923 , в лице генерального директора Белова С.Н., действующего на основании Устава, для проведения стоматологического осмотра и даю согласие проведение стоматологического вмешательства осуществляемого врачом/врачами: _____

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован(а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

Я согласен(а) на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения.

Я также информирован(а), что негативные последствия для моего здоровья (вред жизни и здоровью), как и недостаточная эффективность оказанной медицинской помощи возможны в следующих ситуациях:

- Вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего организма;
- Вследствие несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения;
- Вследствие любых моих самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом;
- Вследствие отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом;
- Вследствие самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне любой составляющей медицинской помощи;
- При сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья;
- Вследствие побочных эффектов то любой составляющей медицинской помощи;
- Вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;
- При курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

1. Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.
2. Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности эмали, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.
3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

Информация для пациента, планирующего лечение зубов по кариесу

1. Я проинформирован(а), что при снятии старых пломб с зуба, возможно обнаружение разрушенных, некротизированных (гнилых) тканей зуба. Ликвидация этих тканей может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – депульпирование зуба.
2. Я проинформирован(а) о том, что окончательно определиться с методом реставрации зуба возможно, только после снятия всех старых реставрационных материалов с него и ликвидации с зуба всех разрушенных участков
3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Информация для пациента, планирующего эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба)

1. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.
 - 1.1 При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано: — с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; — с сильной калцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); -с искривлением корневых каналов.
 - 1.1.1. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): — необходимость снятия несъёмного протеза, — перелом зуба, что может привести к его удалению.
 - 1.1.2. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации). При этом мне сообщена, разъяснена врачом и понята информация о гарантиях
2. Лечащий врач в доступной форме объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения, а именно:
 - невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, калцификация и облитерация просвета канала);
 - перфорация стенки корня;
 - поломка инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;
 - невозможность полностью распломбировать канал зуба при перелечивании; удалить инородное тело (анкерный штифт, стекловолоконный штифт).
3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба.

Информация для пациента, планирующего протезирование зубов (ортопедическое лечение).

1. Я проинформирован(а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (лечение зубов, лечение десен, исправление прикуса, профессиональную гигиену, отбеливание и т.д.)
2. Мне объяснено, что любой вид протезирования зубов требует адаптационного периода, длительность и выраженность которого зависит, в том числе и от состояния эмоционально-психической деятельности пациента и состояния его здоровья. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, что необходимо выдерживать, для перехода к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки конструкции.
3. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые строго индивидуальны у каждого человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза. Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 2 недель до 1 месяца. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются
4. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).
5. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.
6. Мне понятно, что имплантация является самым передовым методом замещения отсутствующих зубов.

Информация для пациента, планирующего хирургическое стоматологическое лечение, в том числе и имплантацию зубов.

1. Я проинформирован(а) о соблюдении мной определенных требований непосредственно перед и после хирургического стоматологического вмешательства, а именно:

- в день хирургического стоматологического лечения рекомендуется принимать легкую пищу;
- на операцию лучше прийти в удобной свободной одежде;
- перед операцией желательно посетить туалетную комнату;
- снизить или полностью исключить употребление табака в любых формах за 2 недели до операции и 2 недели после операции
- после операции желательно не садиться за руль, особенно если операция проводилась под наркозом.
- после операции необходима щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информирование лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде.

2. Мне объяснено, что после любого хирургического лечения мне необходимо быть в зоне доступности в течение 14 дней.

3. Я информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения. Мне известно, что имплантация как метод подготовки полости рта к протезированию позволяет применить несъемные протезы взамен показанных при имеющейся клинической картине съемных протезов. Необходимым это хирургическое вмешательство не является.

4. Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. В таком случае я не буду иметь материальных претензий к стоматологической клинике ООО « ДЕНТ СЕРВИС» и требовать возврата средств за проведенное лечение.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми.

Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я согласен на проведение фотосъемки полости рта во время лечения и использование ее без указания моего имени и фамилии.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни;
- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее;
- Осложнений, возникающих по причине неявики пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций;
- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении;
- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом;
- Истечения срока гарантии на оказанные услуги;
- Иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в нашей клинике.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня

Вариант 1. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г. Врач _____
(_____) « ____ » _____ 20__ г.

Вариант 2. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г. Врач _____
(_____) « ____ » _____ 20__ г.

Запись на консультацию

Отправляя форму, я подтверждаю свое согласие с Политикой конфиденциальности и защиты информации

•