Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформирован/на о возможности получения соответствующих видов и объёмов 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.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До заключения договора я,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** информирован/на о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских стоматологических услуг**

г. Тула «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.

ООО «Стоматологический салон Гущиной», юр.адрес:300041,Тула,ул.Дм.Ульянова д.15;ОГРН 1137154012126 свидетельство серия 71 №002302503 от 15.04.2013.,выдано Межрайонной ИФНС №10 по Тульской области; лицензия №ЛО71-01-000984 от 04 сентября 2013 г, выдана Министерством здравоохранения Тульской области (г.Тула ул.Оборонная 114Г) на срок: бессрочно; тел.8(4872)377400; перечень работ и услуг: первичной доврачебной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии, рентгенологии, сестринскому делу; первичной врачебной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ортодонтии, организации здравоохранения и общественному здоровью, экспертизе качества медицинской помощи,в лице лечащего врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гр.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики, лечения, разрешенные на территории РФ в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим Прайс-листом.

1.2. Стоматологические услуги оказываются Исполнителем в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, и фиксируются в медицинской карте Пациента (Заказчика).

1.3 Срок выполнения услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские стоматологические услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.2. Осуществлять осмотр Заказчика для установления диагноза и составления плана лечения, отразив результаты обследования, план лечения и сроки его выполнения в медицинской карте Пациента, которая хранится у Исполнителя.

2.1.3.Информировать Пациента о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих мед. процедур,а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Заказчиком указаний и рекомендаций специалистов (врачей) Исполнителя.

2.1.4.Поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут принести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.5.Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с пациентом, а также хранить врачебную тайну. Конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Администратором законодательство РФ.

2.1.6. Оказывать медицинские услуги Заказчику в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объём лечения, манипуляции, необходимые для лечения в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать у Заказчика сведения и документы(в случае предыдущего лечения в других лечебных учер.), необходимые для эффективного лечения.

2.2.3. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору.

2.2.4. Отказать в приеме пациенту в случаях:

- нахождения Заказчика в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

- если Заказчик настаивает на проведении лечения, а Исполнитель аргументировано считает лечение нецелесообразным;

- систематические неявки Заказчика на приём без предварительного уведомления;

**2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1. Заказчик обязан своевременно оплатить услуги Исполнителя в соответствии с п.3 настоящего Договора.

2.3.3. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья

2.3.4.Выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Исполнителя.

2.3.5.В случае отказа от назначений и рекомендаций Исполнителя, давать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.6.Являться па лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.3.7. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1.Получать информацию об объёме, стоимости и о результатах, предоставленных медицинских стоматологических услуг.

2.4.2.В доступной форме получись полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения. По письменному заявлению Заказчика ему в 10-дневныйсрок могут быть предоставлены копии медицинских документов.

2.4.3.Расторгнуть данный Договор, уведомив Исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесённые Исполнителем расходы.

**3. Стоимость и порядок оплаты услуг.**

3.1.Цена услуг по настоящему Договору состоит из суммы цен, указанных в Прайс-листе, за каждую консультативную, диагностическую и лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает факт ознакомления с Прайс-листом Исполнителя.

3.2.Оплата услуг, предоставляемых по данному Договору, производится Заказчиком не позднее даты завершения лечения.

3.3.Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.4. Оплата производится наличными и вносится в кассу Исполнителя.

**4. Гарантийные обязательства**

4.1.Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в течение 1 года с даты исполнения услуг, объяснив Заказчику условия при которых гарантийные обязательства сохраняются.

4.2.Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика в период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае, если Заказчик не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию необходимую для качественного выполнения стоматологических услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственности за наступление возможных осложнений.

5.2. Исполнитель не несёт ответственность за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Заказчиком режима, установленного врачом, травм, полученных Заказчиком при оказании Заказчику медицинских услуг другими клиниками.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Заказчика от предоставляемых услуг, в том числе и в части, если данные осложнения явились последствием данного отказа.

**6. Срок действия договора и заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.

6.2. Все претензии и споры, возникшие по данному Договору, разрешаются сторонами путём переговоров. Изменение настоящего договора оформляются в письменной форме, подписываются каждой из сторон и обязательны для исполнения сторонами.

6.3. Если спор не будет разрешен путём переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ООО «Стоматологический салон Гущиной»  300041, г. Тула, ул. Д. Ульянова, д.15, литер А, нежил.помещ. 1  ИНН 7106526452/КПП 710601001/ ОГРН 1137154012126  Тел: 8(4872)55-56-65  Генеральный директор В.И. Гущина | (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

***Информированное на добровольное согласие пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство.***

*На основании ст. 32 Закона РФ от 22.07.1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в соответствии со ст. 10 Закона «О защите прав потребителей» (ред. 30.12.2001 г.)*

*ВРАЧ ПРОИНФОРМИРОВАЛ МЕНЯ О НЕОБХОДИМОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ЦЕЛИ ЕГО ПРОВЕДЕНИЯ.*

*Я осведомлен(а) о том, что данное хирургическое вмешательство должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, онемениям, парестезиям (снижению чувствительности), невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синякам»).*

*Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма. При удалении зубов верхней челюсти — перфорация верхнечелюстной пазухи, при удалении зубов нижней челюсти — нарушение чувствительности (онемение языка, подбородка, губ, крыла носа, десен). В ходе операции удаления зуба возможен раскол коронки, выпиливание корней бормашиной и боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, возможно длительное заживление лунки удаленного зуба, гематомы («синяки»), кровотечение, отлом инструмента, повреждение соседних зубов, перелом челюсти.*

*Мне известно, что объем оперативного вмешательства может быть определен лишь в ходе операции (его расширение и отказ от вмешательства).*

*Мне объяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендуемого плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушение общего состояния организма.*

*Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем. что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.*

*Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению.*

*Я осведомлен(а) об ожидаемых расходах за планируемое лечение и возникших в процессе данного мероприятия издержках. На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.*

*Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.*

***При обработке персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О адрес ), предоставленных Пациентом при заключении настоящего Договора, Исполнитель осуществляет их обработку только в целях исполнения обязательств по Договору в соответствии с требованиями ФЗ №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных»***

***Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения социального развития по Тульской области***

**Адрес: г.Тула ул.9 мая д.1 Тел: (4872)25-15-36**

***Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека***

**Юр.адрес: г. Тула ул.Мира 25, Почтовый адрес: г.Тула, ул.Оборонная, 114.Тел. (4872) 21-64-64**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Исполнитель****(по доверенности)* | ***Заказчик*** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ф.И.О.* | подпись |

Удаление зуба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Приложение к договору от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П\П | № ПОЗИЦИИ ПРЕЙСКУРАНТА | КОЛ-ВО | ЦЕНА | СУММА |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |