${barcode}

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг № ${doc:number}**

${ourcompany:address\_city}

${doc:date}г.

${cbase:display\_name}

 Ф.И.О.

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с одной стороны, и ${ourcompany:name}, в лице ${ourcompany:boss\_position\_and\_name\_string}, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, (Адрес Исполнителя: ${ourcompany:address\_index}, ${ourcompany:address\_city}, ${ourcompany:address\_street}, ${ourcompany:address\_flat}; ОГРН ${ourcompany:ogrn}; Лицензия ${ourcompany:license\_info}; Номенклатура работ и услуг: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу, стоматологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, косметологии) именуемые в дальнейшем совместно стороны, заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По договору Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские стоматологические услуги (далее – услуги), а Пациент обязуется оплачивать оказываемые услуги и выполнять рекомендации Исполнителя, обеспечивающие желаемый результат лечения.

1.2. Объем, виды и сроки оказания услуг определяются Планом лечения, являющимся неотъемлемой частью договора.

1.3 Перечень и стоимость услуг указаны в Прейскуранте, являющемся неотъемлемой частью договора.

1.4. Стороны вправе по взаимному согласию изменить набор и количество, сроки услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, а также пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения оформляются путем составления нового Плана лечения, который вступает в силу с момента его подписания сторонами.

1.5. Специалист Исполнителя и врач – равнозначные понятия для настоящего договора.

**2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя, в помещении Исполнителя, на оборудовании и материалами Исполнителя.

2.2. Исполнитель вправе без дополнительного согласия Пациента оказать услуги с привлечением специалистов, не являющихся штатными работниками Исполнителя. Ответственность за действия привлеченных специалистов лежит на Исполнителе.

2.3. Исполнитель ведет необходимую медицинскую документацию (медицинскую карту, План лечения, анкету о здоровье, информированные добровольные согласия, подписанные Пациентом). Указанные документы, а также Положение о поведении пациентов в клинике, Положение об установлении гарантийного срока на результаты лечения, Прейскурант на услуги являются неотъемлемыми частями договора, а все условия договора рассматриваются в едином контексте с перечисленными документами.

2.4. После обращения Пациента к Исполнителю, специалистами Исполнителя проводится осмотр и устная консультация Пациента, устанавливается предварительный диагноз, определяются методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, о чем подробно информируется Пациент. По результатам осмотра специалистом Исполнителя составляет План лечения, определяется необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя.

2.5. Пациент подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом на услуги и Положением об установлении гарантийного срока до подписания договора. Также до подписания договора Пациент заполняет карту состояния здоровья (анкету).

2.6. После заключения договора Пациент подписывает План лечения, в котором указаны планируемые медицинские манипуляции и примерные сроки их выполнения, а также информированное добровольное согласие, которое является необходимым условием исполнения договора.

Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство.

Подписание Плана лечения и информированного добровольного согласия означает согласие Пациента с проведением определенных Планом лечения медицинских манипуляций и сроками лечения, а также стоимостью услуг.

Стороны принимают и согласны, что сроки оказания и результат услуг, кроме действий специалистов Исполнителя, зависят от индивидуальных особенностей организма и возраста Пациента, восприимчивости его к лекарственным препаратам, наличия хронических заболеваний (диабет, гипертония, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, аутоиммунные заболевания), соблюдения протокола лечения.

2.7. Услуги считаются оказанными надлежащими образом и принятыми Пациентом после реализации сторонами всех позиций, указанных в Плане лечения, о чем стороны подписывают Акт об оказании услуг. В случае отказа Пациента подписать Акт об оказании услуг, Пациент (Заказчик) передает Исполнителю письменный мотивированный  отказ от подписания Акта об оказании услуг, а дальнейшее взаимодействие сторон осуществляется в соответствии с разделом 6 договора. В случае отказа Пациента (Заказчика) от письменной мотивировки отказа приемки оказанных Исполнителем услуг, услуги Исполнителем считаются выполненными надлежащим образом.

2.8. В случае досрочного отказа Пациента от получения услуг и досрочном расторжении договора в соответствии с п. 8.3 договора, услуги, фактически оказанные Пациенту и оплаченные им, считаются выполненными надлежащим образом.

**3. ПРАВА и ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ИСПОЛНИТЕЛЯ**

**3.1. Исполнитель вправе:**

3.1.1. для уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения направить Пациента к другому специалисту Исполнителя либо стороннему специалисту.

3.1.2. не оказывать (продолжать оказывать) услугу Пациенту в следующих случаях: у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания нестоматологического происхождения; Пациент находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, обострения психического заболевания; в случае отсутствия у Исполнителя необходимых материалов, технических возможностей, врачей; Пациент не желает следовать предписаниям врача и рекомендациям; Пациент не способен оплатить услугу; Пациент требует оказать ему помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача, за пределами рабочего времени врача, а также вне места расположения Исполнителя.

**3.2. Исполнитель обязан:**

3.2.1. обеспечить своевременное и качественное выполнение услуг, соответствующих современным достижениям медицинской науки и стандартам качества медицинской помощи, действующим на территории Российской Федерации.

3.2.2. обеспечить санитарно-гигиенический и противоэпидемиологический порядок в местах оказания услуг;

3.2.3. при необходимости выдавать медицинскую документацию (выписной эпикриз, копию амбулаторной карты) в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;

3.2. 4. обеспечить конфиденциальность всей информации, переданной Пациентом и связанной с оказанием услуг;

3.2.5. информировать Пациента о стоимости услуг с учётом проведённого обследования и в соответствии с Планом лечения;

3.2.6. информировать в письменном виде Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для достижения и сохранения результата лечения;

3.2.7. при обнаружении у Пациента в ходе оказания услуг заболеваний, о которых не было известно до заключения договора, известить Пациента об этом, а также предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом выявленных заболеваний;

3.2.8. предоставить гарантию на результаты лечения в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения.

**4. ПРАВА и ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА**

**4.1. Пациент имеет право:**

4.1.1. на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4.1.2. на выбор врача, состоящего в трудовых отношениях с Исполнителем, с учетом согласия данного врача.

4.1.3. на получение у Исполнителя в течение 5 рабочих дней после подачи письменного заявления копии своей медицинской карты и выписки из истории болезни.

4.1.4. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, иных данных, полученных Исполнителем при обследовании и лечении Пациента.

4.1.5. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на отказ от медицинского вмешательства.

4.1.6. на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, относящейся к компетенции специалистов Исполнителя.

**4.2. Пациент обязан:**

4.2.1. до назначения курса леченияпредоставить полную и достоверную информацию о своем здоровье, заполнив и подписав соответствующую анкету о здоровье и предоставив копии документов, касающихся состояния своего здоровья (документы, содержащие сведения о имеющихся у Пациента заболеваниях, проводимом лечении, аллергии и непереносимости лекарственных препаратов и медицинских процедур и т.д.);

4.2.2. полностью и своевременно оплатить услуги Исполнителя на условиях и в соответствии с договором;

4.2.3.соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, режим прохождения медицинских процедур, соблюдать график приема специалистов, являться в день и в точное время назначения на прием;

4.2.4.своевременно (не позднее, чем за сутки) по телефону либо иным доступным Пациенту способом предупреждать Исполнителя о невозможности прийти на прием, о невыполнении назначений, об изменениях состояния здоровья;

4.2.5. соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем;

4.2.6. соблюдать гарантийные условия в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения.

4.2.6. отказаться от услуг и расторгнуть договор, письменно известив об этом Исполнителя и оплатив фактически оказанные услуги;

4.2.7. согласовать со специалистами Исполнителя употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, алкогольных напитков, извещать о прохождении курсов химио-терапии, лазерной терапии, физиолечения, проведении хирургических операций.

4.2.8. соблюдать гигиену полости рта во время и после оказания услуг, являться на профилактические осмотры к Исполнителю не реже чем один раз в шесть месяцев, либо иному графику, согласованному со специалистами Исполнителя и зафиксированному в Плане лечения (медицинской карте)

**5. ОПЛАТА УСЛУГ.**

5.1. Оплата осуществляется по факту оказания услуги либо каждого этапа услуг, после проведения медицинской манипуляции в соответствии с Планом лечения по ценам, указанным в Прейскуранте.

5.2. Оплата считается произведенной после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

5.3. Оказываемые по договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними организациями.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ и ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

6.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества, сроков и полноты услуг, спор между сторонами решается путем переговоров или в судебном порядке.

6.2. Если в ходе устных переговоров стороны не урегулируют возникшие разногласия, сторона, полагающая, что другой стороной нарушены обязательства по договору направляет письменную претензию, на которую сторона, ее получившая, должна ответить в течение 30 дней.

6.3. При не достижении согласия споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя либо по месту жительства Пациента, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по договору Исполнитель и Пациент несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом обязательств указанных в п.4.2 договора, в том числе в случае невыполнения письменных предписаний и рекомендаций специалистов Исполнителя.

6.6. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру оказываемых услуг, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

6.7. Исполнитель не несет ответственности, если в ходе оказания услуг по договору у Пациента возникли осложнения, вызванные некачественным оказанием Пациенту медицинских услуг  в другом медицинском учреждении до обращения Пациента к Исполнителю

**7. ГАРАНТИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ УСЛУГ**

7.1. Исполнитель определяет гарантийный срок на результаты лечения в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения, являющимся неотъемлемой частью договора.

7.2. Гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

* выполнение Пациентом Плана лечения, назначений и рекомендаций специалиста Исполнителя;
* Пациент не должен проводить в других лечебных учреждениях коррекцию работы, выполненной специалистами Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной помощи;
* в случае обращения Пациента за неотложной помощью в другие лечебные учреждения, он обязан предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследований и лечения.

7.3. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс–мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в том числе длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ и ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

8.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в случаях, указанных в п.3.1.2 договора. При этом Исполнитель обязуется возвратить Пациенту оплаченную им в рамках договора сумму за вычетом стоимости фактически оказанных им до момента расторжения договора услуг.

8.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента в любое время. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю фактически оказанные до расторжения договора услуги. Досрочным расторжением договора считается неявка Пациента на прием в назначенное специалистом Исполнителя время без извещения Исполнителя, устный отказ Пациента, в том числе по телефону, письменный отказ, направленный по Почте России, электронной почте, либо доставленный Исполнителю иным способом.

8.4. Стороны пришли к соглашению, что Договор и все документы, ему сопутствующие могут быть подписаны от имени Исполнителя с использованием факсимильной подписи генерального директора Исполнителя, которое признается Сторонами аналогом собственноручных подписей указанного должностного лица.

**9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**${ourcompany:name}Юридический адрес: ${ourcompany:address\_index},${ourcompany:address\_city},${ourcompany:address\_street}, ${ourcompany:address\_flat}ИНН ${ourcompany:inn}КПП ${ourcompany:kpp} ОГРН ${ourcompany:ogrn}${ourcompany:bank\_name}БИК ${ourcompany:мbank\_bik}к/с ${ourcompany:bank\_correspondent}, р/с ${ourcompany:bank\_account}Тел: ${ourcompany:phone} ${ourcompany:boss\_position} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_${ourcompany:boss\_fio}По доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) м.п | **Пациент:**  ${cbase:display\_name}*(Ф.И.О.)*Адрес: ${cbase:country}, ${cbase:state}, ${cbase:city}, ${cbase:street}, д. ${cbase:building}, кв. ${cbase:apt}Тел. ${cbase:mobile\_phone}Паспорт ${cbase:passport\_number} Выдан ${cbase:passport\_who} ${cbase:passport\_when}г. ${doc:date} г.Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ${cbase:shortFullName} *(подпись) (Ф.И.О.)* |

${barcode}

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг № ${doc:number}**

${ourcompany:address\_city}

${doc:date}г.

${cbase:display\_name}

 Ф.И.О.

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с одной стороны, и ${ourcompany:name}, в лице ${ourcompany:boss\_position\_and\_name\_string}, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, (Адрес Исполнителя: ${ourcompany:address\_index}, ${ourcompany:address\_city}, ${ourcompany:address\_street}, ${ourcompany:address\_flat}; ОГРН ${ourcompany:ogrn}; Лицензия ${ourcompany:license\_info}; Номенклатура работ и услуг: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу, стоматологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, косметологии) именуемые в дальнейшем совместно стороны, заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По договору Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские стоматологические услуги (далее – услуги), а Пациент обязуется оплачивать оказываемые услуги и выполнять рекомендации Исполнителя, обеспечивающие желаемый результат лечения.

1.2. Объем, виды и сроки оказания услуг определяются Планом лечения, являющимся неотъемлемой частью договора.

1.3 Перечень и стоимость услуг указаны в Прейскуранте, являющемся неотъемлемой частью договора.

1.4. Стороны вправе по взаимному согласию изменить набор и количество, сроки услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, а также пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения оформляются путем составления нового Плана лечения, который вступает в силу с момента его подписания сторонами.

1.5. Специалист Исполнителя и врач – равнозначные понятия для настоящего договора.

**2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя, в помещении Исполнителя, на оборудовании и материалами Исполнителя.

2.2. Исполнитель вправе без дополнительного согласия Пациента оказать услуги с привлечением специалистов, не являющихся штатными работниками Исполнителя. Ответственность за действия привлеченных специалистов лежит на Исполнителе.

2.3. Исполнитель ведет необходимую медицинскую документацию (медицинскую карту, План лечения, анкету о здоровье, информированные добровольные согласия, подписанные Пациентом). Указанные документы, а также Положение о поведении пациентов в клинике, Положение об установлении гарантийного срока на результаты лечения, Прейскурант на услуги являются неотъемлемыми частями договора, а все условия договора рассматриваются в едином контексте с перечисленными документами.

2.4. После обращения Пациента к Исполнителю, специалистами Исполнителя проводится осмотр и устная консультация Пациента, устанавливается предварительный диагноз, определяются методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, о чем подробно информируется Пациент. По результатам осмотра специалистом Исполнителя составляет План лечения, определяется необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя.

2.5. Пациент подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом на услуги и Положением об установлении гарантийного срока до подписания договора. Также до подписания договора Пациент заполняет карту состояния здоровья (анкету).

2.6. После заключения договора Пациент подписывает План лечения, в котором указаны планируемые медицинские манипуляции и примерные сроки их выполнения, а также информированное добровольное согласие, которое является необходимым условием исполнения договора.

Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство.

Подписание Плана лечения и информированного добровольного согласия означает согласие Пациента с проведением определенных Планом лечения медицинских манипуляций и сроками лечения, а также стоимостью услуг.

Стороны принимают и согласны, что сроки оказания и результат услуг, кроме действий специалистов Исполнителя, зависят от индивидуальных особенностей организма и возраста Пациента, восприимчивости его к лекарственным препаратам, наличия хронических заболеваний (диабет, гипертония, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, аутоиммунные заболевания), соблюдения протокола лечения.

2.7. Услуги считаются оказанными надлежащими образом и принятыми Пациентом после реализации сторонами всех позиций, указанных в Плане лечения, о чем стороны подписывают Акт об оказании услуг. В случае отказа Пациента подписать Акт об оказании услуг, Пациент (Заказчик) передает Исполнителю письменный мотивированный  отказ от подписания Акта об оказании услуг, а дальнейшее взаимодействие сторон осуществляется в соответствии с разделом 6 договора. В случае отказа Пациента (Заказчика) от письменной мотивировки отказа приемки оказанных Исполнителем услуг, услуги Исполнителем считаются выполненными надлежащим образом.

2.8. В случае досрочного отказа Пациента от получения услуг и досрочном расторжении договора в соответствии с п. 8.3 договора, услуги, фактически оказанные Пациенту и оплаченные им, считаются выполненными надлежащим образом.

**3. ПРАВА и ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ИСПОЛНИТЕЛЯ**

**3.1. Исполнитель вправе:**

3.1.1. для уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения направить Пациента к другому специалисту Исполнителя либо стороннему специалисту.

3.1.2. не оказывать (продолжать оказывать) услугу Пациенту в следующих случаях: у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания нестоматологического происхождения; Пациент находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, обострения психического заболевания; в случае отсутствия у Исполнителя необходимых материалов, технических возможностей, врачей; Пациент не желает следовать предписаниям врача и рекомендациям; Пациент не способен оплатить услугу; Пациент требует оказать ему помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача, за пределами рабочего времени врача, а также вне места расположения Исполнителя.

**3.2. Исполнитель обязан:**

3.2.1. обеспечить своевременное и качественное выполнение услуг, соответствующих современным достижениям медицинской науки и стандартам качества медицинской помощи, действующим на территории Российской Федерации.

3.2.2. обеспечить санитарно-гигиенический и противоэпидемиологический порядок в местах оказания услуг;

3.2.3. при необходимости выдавать медицинскую документацию (выписной эпикриз, копию амбулаторной карты) в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;

3.2. 4. обеспечить конфиденциальность всей информации, переданной Пациентом и связанной с оказанием услуг;

3.2.5. информировать Пациента о стоимости услуг с учётом проведённого обследования и в соответствии с Планом лечения;

3.2.6. информировать в письменном виде Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для достижения и сохранения результата лечения;

3.2.7. при обнаружении у Пациента в ходе оказания услуг заболеваний, о которых не было известно до заключения договора, известить Пациента об этом, а также предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом выявленных заболеваний;

3.2.8. предоставить гарантию на результаты лечения в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения.

**4. ПРАВА и ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА**

**4.1. Пациент имеет право:**

4.1.1. на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4.1.2. на выбор врача, состоящего в трудовых отношениях с Исполнителем, с учетом согласия данного врача.

4.1.3. на получение у Исполнителя в течение 5 рабочих дней после подачи письменного заявления копии своей медицинской карты и выписки из истории болезни.

4.1.4. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, иных данных, полученных Исполнителем при обследовании и лечении Пациента.

4.1.5. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на отказ от медицинского вмешательства.

4.1.6. на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, относящейся к компетенции специалистов Исполнителя.

**4.2. Пациент обязан:**

4.2.1. до назначения курса леченияпредоставить полную и достоверную информацию о своем здоровье, заполнив и подписав соответствующую анкету о здоровье и предоставив копии документов, касающихся состояния своего здоровья (документы, содержащие сведения о имеющихся у Пациента заболеваниях, проводимом лечении, аллергии и непереносимости лекарственных препаратов и медицинских процедур и т.д.);

4.2.2. полностью и своевременно оплатить услуги Исполнителя на условиях и в соответствии с договором;

4.2.3.соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, режим прохождения медицинских процедур, соблюдать график приема специалистов, являться в день и в точное время назначения на прием;

4.2.4.своевременно (не позднее, чем за сутки) по телефону либо иным доступным Пациенту способом предупреждать Исполнителя о невозможности прийти на прием, о невыполнении назначений, об изменениях состояния здоровья;

4.2.5. соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем;

4.2.6. соблюдать гарантийные условия в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения.

4.2.6. отказаться от услуг и расторгнуть договор, письменно известив об этом Исполнителя и оплатив фактически оказанные услуги;

4.2.7. согласовать со специалистами Исполнителя употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, алкогольных напитков, извещать о прохождении курсов химио-терапии, лазерной терапии, физиолечения, проведении хирургических операций.

4.2.8. соблюдать гигиену полости рта во время и после оказания услуг, являться на профилактические осмотры к Исполнителю не реже чем один раз в шесть месяцев, либо иному графику, согласованному со специалистами Исполнителя и зафиксированному в Плане лечения (медицинской карте)

**5. ОПЛАТА УСЛУГ.**

5.1. Оплата осуществляется по факту оказания услуги либо каждого этапа услуг, после проведения медицинской манипуляции в соответствии с Планом лечения по ценам, указанным в Прейскуранте.

5.2. Оплата считается произведенной после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

5.3. Оказываемые по договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними организациями.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ и ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

6.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества, сроков и полноты услуг, спор между сторонами решается путем переговоров или в судебном порядке.

6.2. Если в ходе устных переговоров стороны не урегулируют возникшие разногласия, сторона, полагающая, что другой стороной нарушены обязательства по договору направляет письменную претензию, на которую сторона, ее получившая, должна ответить в течение 30 дней.

6.3. При не достижении согласия споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя либо по месту жительства Пациента, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по договору Исполнитель и Пациент несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом обязательств указанных в п.4.2 договора, в том числе в случае невыполнения письменных предписаний и рекомендаций специалистов Исполнителя.

6.6. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру оказываемых услуг, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

6.7. Исполнитель не несет ответственности, если в ходе оказания услуг по договору у Пациента возникли осложнения, вызванные некачественным оказанием Пациенту медицинских услуг  в другом медицинском учреждении до обращения Пациента к Исполнителю

**7. ГАРАНТИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ УСЛУГ**

7.1. Исполнитель определяет гарантийный срок на результаты лечения в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока на результаты лечения, являющимся неотъемлемой частью договора.

7.2. Гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

* выполнение Пациентом Плана лечения, назначений и рекомендаций специалиста Исполнителя;
* Пациент не должен проводить в других лечебных учреждениях коррекцию работы, выполненной специалистами Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной помощи;
* в случае обращения Пациента за неотложной помощью в другие лечебные учреждения, он обязан предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследований и лечения.

7.3. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс–мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в том числе длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ и ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

8.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в случаях, указанных в п.3.1.2 договора. При этом Исполнитель обязуется возвратить Пациенту оплаченную им в рамках договора сумму за вычетом стоимости фактически оказанных им до момента расторжения договора услуг.

8.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента в любое время. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю фактически оказанные до расторжения договора услуги. Досрочным расторжением договора считается неявка Пациента на прием в назначенное специалистом Исполнителя время без извещения Исполнителя, устный отказ Пациента, в том числе по телефону, письменный отказ, направленный по Почте России, электронной почте, либо доставленный Исполнителю иным способом.

8.4. Стороны пришли к соглашению, что Договор и все документы, ему сопутствующие могут быть подписаны от имени Исполнителя с использованием факсимильной подписи генерального директора Исполнителя, которое признается Сторонами аналогом собственноручных подписей указанного должностного лица.

**9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**${ourcompany:name}Юридический адрес: ${ourcompany:address\_index},${ourcompany:address\_city},${ourcompany:address\_street}, ${ourcompany:address\_flat}ИНН ${ourcompany:inn}КПП ${ourcompany:kpp} ОГРН ${ourcompany:ogrn}${ourcompany:bank\_name}БИК ${ourcompany:мbank\_bik}к/с ${ourcompany:bank\_correspondent}, р/с ${ourcompany:bank\_account}Тел: ${ourcompany:phone} ${ourcompany:boss\_position} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_${ourcompany:boss\_fio}По доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) м.п | **Пациент:**  ${cbase:display\_name}*(Ф.И.О.)*Адрес: ${cbase:country}, ${cbase:state}, ${cbase:city}, ${cbase:street}, д. ${cbase:building}, кв. ${cbase:apt}Тел. ${cbase:mobile\_phone}Паспорт ${cbase:passport\_number} Выдан ${cbase:passport\_who} ${cbase:passport\_when}г. ${doc:date} г.Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ${cbase:shortFullName} *(подпись) (Ф.И.О.)* |

**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**

Я, **${cbase:display\_name} ${cbase:birthday}**г. рождения, зарегистрированный по адресу: ${cbase:country}, ${cbase:state}, ${cbase:city}, ${cbase:street}, д. ${cbase:building}, кв. ${cbase:apt} (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) 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 «Престиж» 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ${cbase:shortFullName}

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ${doc:party1\_person\_name}

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

${doc:date}г.
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО Престиж**

 Я, ${cbase:display\_name} зарегистрированный по адресу: ${cbase:country}, ${cbase:state}, ${cbase:city}, ${cbase:street}, д. ${cbase:building}, кв. ${cbase:apt}, являясь Пациентом в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО Престиж (далее – Оператор) персональных данных моих и Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья Пациента, его заболеваниях, биометрических данных (физиологических и биологических характеристиках, позволяющих идентифицировать личность: фотографии, снимки, слепки и т.д.), случаях обращения за медицинской помощью, (а также подтверждаю свое согласие на информирование меня Оператором посредством телефонной, почтовой связи, смс-сообщениями и/или электронными письмами), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка указанных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью (медицинским работником Оператора) и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

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

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе (в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Пациента (в том числе, но не ограничительно, со страховой медицинской организацией) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

 Одновременно даю согласие на использование информации о заболевании Пациента, фотографии зубов и полости рта Пациента, использование рентгенологических снимков Пациента, для публикаций на сайте ООО Престиж, в соцсетях и в специальной литературе, в учебных целях без использования моих персональных данных и персональных данных Пациента.

 Также я понимаю, что в случаях, установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, могут быть переданы без согласия гражданина или его законного представителя.

**Настоящее согласие дано мной ${doc:date} г. 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.

Контактный телефон ${cbase:mobile\_phone}

Адрес электронной почты ${cbase:email}

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен получать информацию об услугах ООО Престиж: в виде смс-сообщений или электронных писем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Не согласен получать информацию об услугах ООО Престиж: в виде смс-сообщений или электронных писем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Расписался в моем присутствии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, ФИО)

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения общего состояния Вашего здоровья, и не будут доступны посторонним лицам.

Анкета

(заполняется пациентом)

**о состоянии здоровья сообщаю следующее:**

|  |  |
| --- | --- |
| Последнее посещение врача-стоматолога | 12.08.18 |
| Заболевание сердца | Да |
| Давление повышается? | Да |
| Давление понижается? | Нет |
| Бывает ли головокружение, потери сознания, одышка и т.д., при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов? | Нет |
| Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы? | Нет |
| Бронхиальная астма | Нет |
| Болели ли Вы гепатитом (желтухой)? | Нет |
| Болели ли Вы ВИЧ? | Нет |
| Болели ли Вы туберкулезом? | Нет |
| Нарушения свертываемости крови | Нет |
| Ф.И.О. К кому обращаться в случае необходимости | Фиохина Евгения геннадьевна |
| Укажите Сотовый номер этого человека: | 89258731473 |
| Принимаете ли какие-либо лекарственные препараты? | Нет |
| Курите ли вы? | Нет |
| Аллергические реакции: | Нет |
| на местные анестетики | Нет |
| на антибиотики | Нет |
| на сульфанилимиды | Нет |
| на препараты йода | Нет |
| на гормональные препараты | Нет |
| на другие лекарственные препараты | Нет |
| Лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет | Нет |
| Принимаете ли Вы седативные препараты | Нет |
| Беременны ли Вы? | Да |
| Являетесь ли кормящей матерью? | Да |
| Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты | да |

Мне известно, что только в случаях обязательных профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев действует гарантия на терапевтическую часть лечения.

На ортопедическую часть лечения гарантийный срок распространяется при условии посещения 1 раз в 6 месяцев врача парадонтолога.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен(должна) сообщить врачу об этом.

(дата)

(ФИО) ${cbase:display\_name}

Внизу подпись законного представителя пациента (заполняется для недееспособных граждан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, расшифровка подписи, кем приходится