

Оказание платных медицинских услуг осуществляется только при наличии предварительно заключенного и подписанного Договора между Исполнителем и Потребителем (за исключением приема пациентов с острой болью).

Основания:

- Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- Закон «О защите прав потребителей»;
- Условия лицензирования Клиники;

ДОГОВОР № оказания платных стоматологических услуг

г. Екатеринбург

Дата

ООО «ГЕЛИОСДЕНТ», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемый (-ая) в дальнейшем **Пациент**, зарегистрированный (-ая) по адресу: _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1 Исполнитель, действующий на основании лицензии № ЛО-66-01-001803 от 26 апреля 2013 г., выданной министерством здравоохранения Свердловской области, обязуется оказать пациенту платные стоматологические услуги в соответствии с планом лечения и условиями договора, согласованным между сторонами, который является неотъемлемой частью данного Договора.
- 1.2 Заказчик обязуется своевременно оплатить согласованные с ним услуги.

2. Обязательства сторон

2.1 Исполнитель обязуется:

- 2.1.1 Провести качественное обследование полости рта Пациента, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.
- 2.1.2 Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:
- о состоянии полости рта;
 - о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;
 - о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.
- 2.1.3 Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (лечение кариеса; лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.).

- 2.1.4 Составить и согласовать с Пациентом план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности, стоимости и сроков их исполнения.
- 2.1.5 Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять гарантийные обязательства.
- 2.1.6 Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:
- пациент выполняет рекомендованный комплексный план лечения;
 - пациент регулярно соблюдает гигиену полости рта;
 - пациент посещает профилактические осмотры с частотой, рекомендованной врачом;
 - пациент исправляет выявленные недостатки оказанных услуг в нашей клинике;
 - при обращении в другую клинику за экстренной помощью пациент предоставляет нам выписку из медкарты и снимки;
 - если у пациента не возникнут заболевания или физиологические изменения, способные повлиять на результаты лечения.
- 2.1.7 Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются, в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.
- 2.1.8 Обеспечить качество стоматологических услуг:
- в соответствии с медицинскими показаниями,
 - с применением высококачественных инструментов и материалов,
 - с использованием современных технологий лечения,
 - с предоставлением высокого уровня обслуживания.
- 2.1.9 Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы).
- 2.1.10 Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
- 2.1.11 Информировать Пациента в срок не менее чем за 12 часов до назначенного времени приема, в случае невозможности его осуществления.
- 2.2 Пациент обязуется:**
- 2.2.1 Предоставить необходимую, достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор), т.е. заполнить «Анкету о Вашем здоровье».
- 2.2.2 Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.
- 2.2.3 Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки, предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 12 часов до назначенного времени приема.
- 2.2.4 Удостоверить личной подписью следующее:
- информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
 - факт ознакомления с «Положением о гарантиях» на стоматологические услуги, действующим у Исполнителя;
 - сообщенные сведения о своем здоровье;
 - факт ознакомления с планом лечения;
 - факт ознакомления с назначениями и рекомендациями;
 - факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги (в гарантийном талоне);
 - факт неявки на прием (в амбулаторной карте).
- 2.2.5 Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.
- 2.2.6 Дать согласие на обработку персональных данных, согласно ФЗ №152 «О персональных данных» (Приложение №1).

3 Цена услуг и порядок расчетов

- 3.1 Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя на день оплаты.
- 3.2 Оплата услуг производится Пациентом в рублях в наличной или безналичной форме.
- 3.3 Порядок оплаты производится в соответствии с «Положением об оплате медицинских услуг», утвержденным Исполнителем.
- 3.4 Пациенту и его семье предоставляется система накопительных скидок, согласно «Положению о скидках».
- 3.5 При прохождении лечения по программе добровольного медицинского страхования, приём Пациента осуществляется при наличии гарантийного письма или направления от страховой компании; оплата производится страховой компанией в соответствии с условиями договора, заключенного ранее с Исполнителем.
- 3.6 При прохождении лечения по направлению или гарантийному письму от страховой компании, все оказанные услуги, не включенные в программу добровольного медицинского страхования, оплачиваются Пациентом в наличной или безналичной форме.

4 Ответственность сторон

- 4.1 Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ, за исключением случаев, указанных в настоящем договоре.
- 4.2 Исполнитель оставляет за собой право, путем письменного или устного уведомления, в одностороннем порядке отказаться от оказания услуг и расторгнуть настоящий договор, в случае если Пациент не явился на прием в согласованное время (по предварительной записи) два и более раза (статья 782 ГК РФ). Факт неявки Пациента подтверждается записью в амбулаторной карте пациента.

В случае если письменное уведомление о расторжении настоящего договора отправлено Пациенту по почте, оно считается полученным Пациентом по истечению 5 (Пяти) дней с момента отправки уведомления заказным письмом по адресу, указанному в настоящем договоре. На шестой день с момента получения уведомления договор считается расторгнутым.

5 Дополнительные условия

- 5.1 Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
- 5.2 Неотъемлемой частью настоящего договора являются:
 - амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике),
 - информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство (хранятся в клинике),
 - рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные Исполнителем (хранятся в клинике).
- 5.3 В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Пациентом по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости – экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации в установленном порядке.
- 5.4 Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.
- 5.5 Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6 Особые условия

7 Реквизиты сторон

Исполнитель

ООО «ГЕЛИОСДЕНТ»
620012 г. Екатеринбург, ул. Победы, д. 7
т/ф.: (343) 330-40-17
ИНН 6673169467 КПП 667301001
ОГРН 1076673020148
р/с 40702810316110075881 Банк Уральский
Банк Сбербанка России ОАО г. Екатеринбург
БИК 046577674 к/с 30101810500000000674

Пациент

Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____
Адрес: _____
**С действующим «Положением о гарантиях»,
«Положением об оплате медицинских услуг»**
Исполнителя ознакомлен (-а).

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

м.п.

Примечания:

- 1) При лечении несовершеннолетнего, не достигшего 14 лет, – вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя.
- 2) При лечении несовершеннолетнего от 14 до 18 лет – вносятся его паспортные данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей (согласие подписывается в клинике или заверено нотариально).

Подпись законного представителя _____

современная стоматология

Сходство в технологиях.

Разница в отношении...

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____,
проживающий (-ая) по адресу _____,
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ГЕЛИОСДЕНТ» (далее - Оператор) моих (либо несовершеннолетнего) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС (добровольное медицинское страхование) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией с использованием электронных, бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться липом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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 (или законного представителя)

_____/_____/