

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

подтверждаю, что в соответствии с требованием «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006, Общество с ограниченной ответственностью компания «МиСС» при заключении договора на оказание медицинских услуг предоставило мне в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

Я также проинформирован о том, что ООО компания «МиСС» НЕ ОКАЗЫВАЕТ медицинских услуг стоматологического профиля в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я уведомлен о том, что ближайшими (территориально) медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь стоматологического профиля в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, являются:

- ГБУЗ СО «Тольяттинская стоматологическая поликлиника №1», ул. Свердлова, 9, Тольятти, Самарская обл., 445042, 8 (848) 233-66-06;

- ГБУЗ СО «Тольяттинская стоматологическая поликлиника №2», ул. Ленина, 91, Тольятти, Самарская обл., 445011, 8 (848) 228-06-98;

- ГБУЗ СО «Тольяттинская стоматологическая поликлиника №3», ул. Жилина, 36, Тольятти, Самарская обл., 445021, 8 (848) 293-51-40.

Договор на предоставление платных стоматологических услуг

№ _____ от « _____ » _____ 201 _____ г.

Стоматологическая клиника ООО компания «МиСС» в лице директора Скоковой Марины Васильевны, действующая на основании Устава и лицензии ЛО-63-01-003342 от 03.09.2015г., именуемая в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Пациент/Законный представитель _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом;

1.2. Медицинские услуги, оказанные Пациенту, фиксируются в медицинской карте.

1.3. Медицинские услуги оплачиваются Пациентом в соответствии с прейскурантом цен, установленным Исполнителем.

1.4. Сроки оказания платных стоматологических услуг заканчиваются после выполнения указанных в смете работ.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг

2.1.2. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте Пациента с обязательной подписью пациента.

2.1.3. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе назначить другого врача для проведения лечения.

2.2. Исполнитель имеет право: самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения

2.2.2. Осуществлять обработку персональных данных Пациента, указанных в настоящем договоре, бессрочно в целях получения внутренней статистики, информирования Пациента.

2.2.3. Отказать в приеме Пациента в случаях:

- состояние алкогольного, наркологического или токсического опьянения.

- действия Пациента, угрожающих жизни и здоровью персонала.

- если требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Сообщить врачу о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергии, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и другие), а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными.

В случаях не сообщения Исполнитель снимает с себя ответственность, а пациент несет ответственность в установленном законом РФ порядке.

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

2.3.3. Немедленно извещать о всяких осложнениях, возникших в процессе лечения.

2.3.4. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки в назначенный срок, заблаговременно предупредить об этом Исполнителя.

2.3.5. Удостоверить личной подписью в амбулаторной карте следующее:

- сообщенные в анкете сведения о своем здоровье;
- факт ознакомления и согласия с намеченным к выполнению планом лечения, его стоимостью и условиями оплаты;
- факт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- факт ознакомления с Положением о средних гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги Исполнителя;
- факт ознакомления и согласия с установленными гарантийными сроками и сроками службы на выполненные стоматологические услуги.

2.4. Пациент доверяет информацию о своем стоматологическом здоровье

(члены семьи, руководитель организации и др.)

2.5. Пациент имеет право:

2.5.1. Получать информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах его обследовании, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях к применению.

3. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Пациент оплачивает стоимость полученных услуг в наличной форме или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Оплата может также производиться на условиях предоплаты.

3.2. Оплата услуг может производиться лицом, уполномоченным Пациентом, либо лицом, у которого с Пациентом заключен соответствующий договор.

3.3. При оказании услуг по ортопедическому лечению оплата услуг производиться на условиях предоплаты, в размере, определяемом Исполнителем.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности перед Пациентом в случае:

4.1.1. Возникновения осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

4.1.2. Возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Все возможные споры, возникающие в связи с настоящим договором, стороны будут решать путем переговоров. В случае не достижения согласия в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.2. Договор составлен в двух экземплярах, с приложениями: №1 Гарантийные обязательства, №2 Лицензия, №3 Смета плана лечения и являются неотъемлемой частью настоящего договора, каждый из которых имеет одинаковую силу.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО компания «МиСС»

Юр. адрес: 445042, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 26, оф. 322.

Лицензия № ЛО-63-01-003342 от 03.09.2015 г.

Выд. Министерством здравоохранения Сам. обл.

Министерство здравоохранения Самарской области 443020, г. Самара, ул. Ленинская 73, отдел лицензирования тел. +7846-333-00-16

ОГРН 1036303272180 от 30 января 2003 года ИМРФ Ставропольского района Сам. обл.

ИНН 6382014370 КПП 632101001 ОГРН 1036303272180 БИК 043602955 К/сч 30101810700000000955

р/с 40702810720190008611 в Филиал Банка №6318 ВТБ 24 (ПАО) г. Самара

Директор ООО компании «МиСС» Скокова М.В. _____

ПАЦИЕНТ/Законный представитель:

Паспорт серия _____ № _____

Выдан « _____ » _____ г.

Ф.И.О. _____ / _____ /

подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 к Договору на оказание платных стоматологических услуг

№ _____ от « _____ » _____ 201 _____ г.

1. Гарантия на бесплатное устранение недостатков проведенного лечения действует в течении установленного срока и со дня, указанного в амбулаторной карте пациента, при условии полной оплаты проведенного лечения.

2. Гарантийные обязательства распространяются на все виды проведенного терапевтического лечения сроком на 12 месяцев (кроме эндодонтического лечения) и с учетом влияния на организм общих заболеваний.

3. Гарантии на эндодонтическое лечение предоставляются индивидуально на основании данных клинического обследования и применяемой методики лечения. Срок гарантии не может быть менее 6 мес. Кроме ситуаций, когда зуб ранее был подтвержден эндодонтическому лечению.

4. Гарантийные обязательства на выполненные ортопедические работы устанавливаются индивидуально для каждого пациента в зависимости от конструктивных особенностей протеза и проведенного лечения на срок от 12 мес. до 2 лет.

5. В период действия гарантии ООО компания «МиСС» обязуется бесплатно устранить недостатки, возникшие в процессе пользования ортопедическим протезом в случае:

-нарушения целостности базиса съемного протеза;

-поломки замковых креплений;

-появления сколов керамического и пластмассового покрытий.

Устранение вышеперечисленных недостатков производится только в том случае, если они не возникли по причине нарушения пациентом правил ухода за протезами, воздействия третьих лиц (в том числе врачей других клиник) или обстоятельств непреодолимой силы.

6. Гарантийный срок может быть продлен при условии полной санации полости рта и своевременном прохождении профилактических осмотров.

7. Гарантия на проведенное лечение и протезирование НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ в случаях неудовлетворительной гигиены полости рта, подтвержденной гигиеническими индексами и в случае не полного восстановления зубных рядов.

СОГЛАСИЕ НА ПЛАНИРУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ФИНАНСОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.

1. Я ознакомлен с планом лечения полностью понимаю связанные с этим риски, ограничения, альтернативные варианты и преимущества рекомендованного лечения.

2. Я полностью отвечаю за своевременную оплату лечения и понимаю, что в процессе лечения может возникнуть необходимость в ее коррекции.

3. С условиями обслуживания, прейскурантом и положением о предоставлении гарантии согласен:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Директор ООО компания "МиСС" Скокова М.В. _____

Пациент/Законный представитель:

Ф.И.О. _____ / _____ /

подпись