

Уведомление Пациента

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Подпись Пациента (законного представителя)

✓ _____ (ФИО)

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от “___” _____ 20 ____ г.

г. Тольятти, Самарская область

ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» именуемая в дальнейшем Исполнитель, лицензия № ЛО 41-01184-63/00339238 от 25.09.2018 г, выдана Министерством Здравоохранения Самарской области, 443020 г Самара, ул. Ленинградская, 73, тел: 8(846)332-93-09 (копия лицензии прилагается), в лице Вершининой О.В., действующей на основании Доверенности от 01.10.2023г с одной стороны и

✓ _____
(ФИО пациента, ребенка)

✓ _____
(ФИО законного представителя)

именуемый в дальнейшем Пациент/Законный представитель, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, в соответствии с Лицензией, на условиях, предусмотренных в настоящем договоре, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

1.2 Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-63-01-004805 от 25.09.2018 г.

1.3 Исполнитель информирует в доступной форме о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС). Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Все услуги оказываются платно, согласно прейскуранта.

1.4 Медицинские услуги оказываются в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, фиксирующимся в медицинской карте Пациента.

1.5 Пациент соглашается с тем, что представленный план лечения (далее Приложение №1) является предварительным, в связи с чем возможны изменения в плане лечения в ходе лечебных процедур, что оплачивается дополнительно, согласно прейскуранту. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель может направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

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

2. ЦЕНА И СРОКИ ДОГОВОРА

2.1 Стоимость услуг определяется в соответствии с прейскурантом цен, установленным Исполнителем. Предварительная стоимость лечения и сроки его проведения указаны в Приложении №1 к данному договору.

2.2 Стоимость курса лечения может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке в связи с изменением стоимости расходных материалов, курсов валют, возникающих дополнительных сложностях в области «скрытых» дефектов и осложнений, и других факторов, оказывающих существенное влияние на стоимость лечения, при условии, что указанные изменения стоимости будут внесены в утвержденный прейскурант на оказываемые услуги.

2.3 Оплата стоматологических услуг производится согласно действующему прейскуранту клиники на момент оказания услуг.

2.4 Имплантация и другие хирургические операции проводятся только на основании полной предоплаты на основании Приложения №1 согласованного сторонами.

2.5 Оплата за стоматологические ортопедические и ортодонтические услуги производится в следующем порядке:

- консультационные и диагностические манипуляции (до составления заказ-наряда) оплачиваются в день оказания услуги (вмешательства).
- 50% от стоимости услуги (работы), оплачивается в день составления заказ-наряда после чего заказ-наряд передается в зуботехническую лабораторию;
- оставшиеся 50% ортопедического лечения оплачиваются в день сдачи работы.

2.6 Сроки оказания стоматологических услуг регламентируются объемом лечения, указанным в Приложении № 1.

2.7 Сроки оказания стоматологической услуги могут быть изменены обеими сторонами по объективным причинам (болезнь одного из сторон, форс-мажор и т.д).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1 Провести качественное обследование полости рта Пациента.

3.1.2 По результатам обследования предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения и протезирования, медикаментов и материалов и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, являющийся Приложением к договору, согласовав с Пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

3.1.3 Информировать Пациента о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.

3.1.4 Определить для Пациента гарантийный срок. Гарантийные сроки определены п.4 настоящего договора.

3.1.5 Информировать Пациента о стоимости услуг с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики.

3.1.6 Оказать стоматологические услуги в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением необходимых материалов, инструментов, оборудования и соблюдением норм асептики и антисептики.

3.1.7 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.

3.1.8 Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом.

3.2 Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер и объем лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения и в соответствии со стандартами организации.

3.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случаях:

- выявления у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий и возратить денежные средства, уплаченные для проведения этих мероприятий;
- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала;
- невыполнения Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего договора.

3.2.3. Осуществлять сбор видео фото материалов, связанных с оказанием услуг по настоящему договору, использовать собранные видео и фото материалы в объеме, необходимом для оказания услуг по настоящему договору и организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности без согласия пациента; для целей, не связанных с исполнением настоящего договора, - с согласия Пациента.

3.4 Пациент обязуется:

3.4.1 Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследовании и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

3.4.2 Выполнять все указания (рекомендации) лечащего врача и медицинского персонала.

3.4.3 Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом. При необходимости отменить назначенный визит. Пациент обязуется предупредить администратора лично или по телефону не менее, чем за 4 часа. В противном случае Клиника вправе выставить счет за Пропущенный визит – 5000 руб/час. (код 004 действующего Прайса клиники).

3.4.4 Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские осмотры.

3.4.5 Немедленно извещать лечащего врача клиники о любых осложнениях, возникших в процессе лечения.

3.4.6 Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя».

Подпись Пациента (законного представителя) ✓ _____ (ФИО)

3.5 Пациент имеет право:

3.5.1 получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

3.5.2 Выбрать лечащего врача из штата Исполнителя.

3.5.3 Поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1 Гарантийные обязательства при условии явки на профилактику 1 раз в шесть месяцев или согласно назначению врача:

- на стоматологическое лечение - 1 год,
- при полной санации - 3 года,
- на лечение молочных зубов – 6 месяцев.

4.2 Гарантия не распространяется на : временные коронки, временные пломбы, предварительное лечение глубокого кариеса, временный съемный протез и в случаях , предусмотренных п.4.4 Настоящего договора.

4.3 В случае, если до обращения в Клинику корневые каналы (канал) зуба (зубов) подверглась обработке резорцин-формалиновым или другим методом, (при перелечивании таких каналов (канала) зуба (зубов) всегда происходит обострение хронического процесса) Клиника не имеет возможности дать гарантию на сохранность такого зуба вплоть до его удаления. Об указанных особенностях врач Клиники предупреждает пациента и делает соответствующую запись в медицинской карте. Стоимость «условного» лечения зуба (зубов) в случае их последующего удаления возврату не подлежит.

4.4 Зубы (зуб), ранее подвергшиеся лечению в других медицинских учреждениях и имеющие признаки некачественного прохождения, пломбирования корневых каналов и наступившие в связи с этим осложнения могут быть , по желанию Пациента, подвергнуты повторному «условному» лечению врачом Клиники. То есть, в случае недостижения положительного результата при лечении таких зубов, они подлежат удалению. Врачом Клиники делается запись в медицинской карте Пациента с указанием причин, по которым производится «условное» лечение. При ознакомлении с такой записью Пациент дает свое письменное согласие на проведение «условного» лечения. Если Пациент настаивает на сохранении такого зуба (зубов), то после перелечивания и возникновения необходимости его удаления, Клиника не несет ответственности за наступающие в связи с этим неблагоприятные последствия. Гарантия, предусмотренная в п.4.1, на такие случаи не распространяется (если иное не оговорено доктором).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 Ответственность сторон при неисполнении условий настоящего Договора определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1 Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

6.2 Пациент вправе в любое время отказаться от услуг Клиники при условии полной оплаты оказанных услуг. В этом случае Пациент не вправе предъявлять Клинике претензии по качеству незавершенного лечения. Неизрасходованные на лечение суммы из авансовых платежей во всех случаях возвращаются Пациенту в день окончательных расчетов.

6.3 В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается путем переговоров, а при невозможности достижения соглашения Пациент имеет право передать рассмотрение спора в судебные органы в порядке, установленном действующим законодательством.

6.4 Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

6.5 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО «Диастом. Клиника доктора Древина»
445030, Россия, Самарская область,
г.Тольятти, ул.40 лет Победы 44Б, 106.
ИНН 6321172348, КПП 632101001
Банк получатель: в АО «Банк ДОМ.РФ»
г Москва
БИК 044525266
К/с 301018110345250000266
Р/с 40702810900730015012
ОГРН 1066320177604
Старший администратор
ООО «Диастом. Клиника доктора Древина»
_____ Вершинина О.В.

ПАЦИЕНТ / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:

✓ _____

Паспорт серии _____ № _____

выдан _____

Адрес _____

Тел. _____

✓ _____ / _____ /