



Дополнительное соглашение
к договору на оказание платных стоматологических услуг
№ _____ от _____ г.

г. Тольятти, Самарская область

ООО «Диастом. Клиника доктора Древина», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00339238 от 25.09.2018 г., лицензирующий орган – Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, в том числе по следующим работам (услугам): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: анестезиология и реаниматология; сестринское дело; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: анестезиология и реаниматология; неврология; организация здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиология; ортодонтия; оториноларингология (за исключением кохlearной имплантации); рентгенология; стоматология детская; стоматология общей практики; стоматология ортопедическая; стоматология терапевтическая; стоматология хирургическая; при проведении медицинских экспертиз: экспертиза временной нетрудоспособности; а также лицензию № Л017-01184-63/00146869 от 01.02.2018 на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, в том числе по следующим работам (услугам): использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях; приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; в лице старшего администратора Вершининой Оксаны Викторовны, действующей на основании доверенности № 6/н от 01.10.2023 г., с одной стороны, и Потребитель, законный представитель Потребителя (Пациента) или лицо, заключающее договор от имени Потребителя, и (или) Заказчик, сведения о которых указаны в разделе 4 настоящего Дополнительного соглашения, с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных стоматологических услуг _____ от _____ г. (далее – Договор) о нижеследующем:

- 1. На основании постановления Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» Стороны пришли к соглашению изложить Договор в новой редакции (Приложение к настоящему Дополнительному соглашению).
- 2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора и вступает в силу с момента его подписания.
- 3. Количество экземпляров Дополнительного соглашения к договору соответствует количеству Сторон. Каждый экземпляр имеет одинаковую юридическую силу и передаётся соответствующей Стороне.

4. Реквизиты и подписи Сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» 445030, Россия, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 44Б, офис 106 ИНН 6321172348, КПП 632101001 ОГРН 1066320177604 Банк получатель: АО «Банк ДОМ.РФ», г. Москва БИК 044525266 К/с 301018110345250000266 Р/с 40702810900730015012 Старший администратор Вершинина Оксана Викторовна _____	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ): ФИО: Адрес места жительства: Телефон: Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении серия/номер: выдан:
ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ / ЛИЦО, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ПОТРЕБИТЕЛЯ (при наличии): ФИО: Телефон: Адрес места жительства: Документ, удостоверяющий личность: паспорт Документ, подтверждающий полномочия: наименование _____ серия/№ _____	

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

дата выдачи _____.20__ кем выдан _____ Подпись ✓ _____ /
ЗАКАЗЧИК (в том числе если Заказчик и законный представитель Потребителя - одно и то же лицо): ☐ Потребитель ☐ Законный представитель ☐ Иное физическое лицо ☐ Юридическое лицо Для физ. лица: ФИО _____ Адрес места жительства / адрес в пределах места нахождения _____ Телефон _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____ выдан _____ _____ Для юридического лица / ИП: ОГРН _____ ИНН _____ Наименование организации: _____ Юридический адрес: _____ Фактический адрес: _____ Банковские реквизиты: _____ _____ _____ Документ, подтверждающий основания: _____ Реквизиты документа, подтверждающие основания для заключения и исполнения договора: _____ _____ Должность лица: _____ Подпись/ФИО _____

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

Уведомление Потребителя и (или) Заказчика

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Потребитель и (или) Заказчик уведомлены о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период прохождения лечения, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика:

✓ _____

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____ г.

г. Тольятти, Самарская область

ООО «Диастом. Клиника доктора Древина», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00339238 от 25.09.2018 г., лицензирующий орган — Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, а также лицензию № Л017-01184-63/00146869 от 01.02.2018 на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, лицензирующий орган — Министерство здравоохранения Самарской области; перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках настоящего Договора, приведён в пункте 1.2 настоящего Договора, в лице старшего администратора Вершининой Оксаны Викторовны, действующей на основании доверенности № б/н от 01.10.2023 г., с одной стороны, и Потребитель, законный представитель Потребителя или лицо, заключающее Договор от имени Потребителя, и (или) Заказчик, сведения о которых указаны в разделе 7 настоящего Договора, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

Для целей настоящего Договора: «Потребитель» — физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором; Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом; «законный представитель» — лицо, действующее от имени Потребителя в случаях, предусмотренных законом; «Заказчик» — физическое или юридическое лицо, заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Потребителя.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, а Потребитель и (или) Заказчик обязуются оплачивать 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 осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00339238 от 25.09.2018 г., лицензирующий орган — Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, в том числе по следующим работам (услугам): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: анестезиология и реаниматология; сестринское дело; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: анестезиология и реаниматология; неврология; организация здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиология; ортодонтия; оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации); рентгенология; стоматология детская; стоматология общей практики; стоматология ортопедическая; стоматология терапевтическая; стоматология хирургическая; при проведении медицинских экспертиз: экспертиза временной нетрудоспособности, а также лицензию № Л017-01184-63/00146869 от 01.02.2018 на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, лицензирующий орган — Министерство здравоохранения Самарской области, в том числе по следующим работам (услугам): использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях; приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

1.3 Исполнитель информирует в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в иных медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исполнитель не

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

участвует в реализации указанных программ. Все услуги оказываются платно согласно прейскуранту. Подписывая настоящий Договор, Потребитель, законный представитель Потребителя и (или) Заказчик подтверждают, что уведомлены об указанных программах. Информация о программах размещена в сети Интернет на сайте Исполнителя <https://www.diaстом.ru> и на информационном стенде (стойке) Исполнителя.

1.4 Перечень, объём, количество, предварительная стоимость и срок предоставления платных медицинских услуг определяются Предварительным планом (сметой) (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью Договора. Предварительный план (смета) составляется лечащим врачом с учётом медицинских показаний и фиксируется в медицинской документации Потребителя.

1.5 Смета (План лечения) действительна в течение 3 (трех) месяцев с даты её согласования. По истечении этого срока Исполнитель вправе пересмотреть Смету (План лечения) с учетом актуального состояния здоровья Потребителя и действующего на момент пересмотра прейскуранта цен на медицинские услуги, за исключением пункта 2.4 настоящего договора

1.6 Предварительный план (смета) может корректироваться по медицинским показаниям. При необходимости оказания платных медицинских услуг, не предусмотренных согласованным Предварительным планом (сметой), Исполнитель предварительно уведомляет Потребителя и (или) Заказчика. Дополнительные платные услуги оказываются только после получения письменного согласия в установленной законом форме и оформления обновлённого Предварительного плана (сметы) либо иного письменного документа, фиксирующего перечень и стоимость дополнительных услуг.

1.7 Сроки предоставления платных медицинских услуг, в том числе по ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии, зависят от состояния здоровья Потребителя в момент оказания услуги и могут устанавливаться поэтапно согласно подписанному Сторонами Предварительному плану (смете) и (или) дополнительному соглашению к настоящему Договору.

1.8 Услуги могут быть оказаны Потребителю с привлечением третьих лиц – медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (зуботехнических лабораторий, диагностических центров и т.д.).

1.9 Потребитель и (или) Заказчик, подписывая настоящий Договор, уведомлены о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.10 Потребитель и (или) Заказчик, подписывая настоящий Договор, уведомлены о том, что сокрытие информации, несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, режима сна и отдыха, диетических назначений и ограничений, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.11 Потребитель и (или) Заказчик соглашается на предоставление платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем установленного стандарта медицинской помощи, по согласованному Предварительному плану лечения (смете).

2. ЦЕНА И СРОКИ ДОГОВОРА

2.1 Стоимость услуг определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя и согласованным Предварительным планом (сметой) (Приложение № 1). Перечень, количество, предварительная стоимость услуг и срок их предоставления указываются в действующем подписанном Предварительном плане (смете).

2.2 Стоимость уже согласованных платных медицинских услуг не может быть изменена Исполнителем в течении 3 (трех) месяцев в одностороннем порядке, за исключением случаев, указанных в пункте 2.3. Изменение стоимости услуг, которые ещё не оказаны, допускается по соглашению Сторон с предварительным уведомлением Потребителя и (или) Заказчика и оформлением обновлённого Предварительного плана (сметы). При необходимости существенного превышения предварительной стоимости, указанной в Предварительном плане (смете), Исполнитель своевременно предупреждает Потребителя и (или) Заказчика.

2.3 По согласованию Сторон и с добровольного согласия Потребителя и (или) Заказчика оплата стоимости услуг по согласованному Предварительному плану (смете) и (или) дополнительному соглашению может быть произведена в форме 100 % предварительной оплаты (аванса) при заключении настоящего Договора и (или) дополнительного соглашения к нему.

Односторонний отказ Потребителя и (или) Заказчика от продолжения лечения обязывает Исполнителя вернуть денежные средства за неоказанные услуги, за исключением фактически понесённых им расходов.

2.4 После внесения Потребителем и (или) Заказчиком 100% предварительной оплаты стоимость медицинских услуг, зафиксированная в приложении Предварительный план лечения (смета) и/или в дополнительном соглашении, является окончательной, изменению в одностороннем порядке Исполнителем не подлежит и остается неизменной в течение 12 (двенадцати) месяцев с момента внесения оплаты, за исключением случаев, когда необходимо выполнение дополнительных медицинских услуг по клиническим показаниям с учетом текущего состояния здоровья Потребителя.

2.5 Оплата производится по стоимости, согласованной в действующем подписанном Предварительном плане (смете) в день оказания услуги (за исключением случаев, указанных в пунктах 2.3; 2.6 и 2.7). Новые услуги, не включённые в ранее согласованный Предварительный план (смету), согласовываются по действующему прейскуранту до их оказания.

2.6 Имплантация и другие хирургические операции проводятся только на условиях полной предварительной оплаты в соответствии с Приложением № 1, согласованным Сторонами.

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓

2.7 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 % стоимости услуги (работы) оплачивается в день составления заказ-наряда, после чего заказ-наряд передаётся в зуботехническую лабораторию;
- оставшиеся 50 % стоимости ортопедического лечения оплачиваются в день сдачи работы.

2.8 При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъёмной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Потребителя оплата изготовления и фиксации нового аппарата производится за счёт Потребителя и (или) Заказчика в соответствии с прейскурантом, действующим на момент изготовления и (или) фиксации новой конструкции (аппарата).

2.9 В случае оказания Исполнителем медицинских услуг по анестезиологии и реаниматологии стоимость анестезиологического пособия (наркоза), указанная в прейскуранте, является ориентировочной и рассчитывается исходя из планируемого времени проведения оперативного вмешательства. Если по медицинским показаниям в ходе операции или в связи с изменением тактики лечения (включая непредвиденные медицинские сложности) продолжительность анестезии увеличивается, Потребитель и (или) Заказчик обязуются оплатить фактически оказанный объём услуг анестезиолога по поминутной или почасовой ставке прейскуранта Исполнителя на основании данных медицинской карты.

2.10 Срок предоставления платных медицинских услуг указывается в Предварительном плане (смете) (Приложение № 1). Для многоэтапного или курсового лечения устанавливается период оказания услуг; даты отдельных посещений определяются по предварительной записи.

2.11 Срок может быть изменён по соглашению Сторон с учётом медицинских показаний, изменения объёма лечения, переноса посещений Потребителем, временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности оборудования, обстоятельств непреодолимой силы и иных объективных обстоятельств.

2.12 Стороны пришли к соглашению, что в случае внесения Потребителем и (или) Заказчиком в кассу или на расчётный счёт аванса по настоящему Договору проценты за пользование денежными средствами, предусмотренные статьёй 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, не начисляются и не подлежат уплате Потребителю и (или) Заказчику.

2.13 В случае отсутствия согласования со страховой компанией посредством гарантийного письма или отсутствия необходимой медицинской услуги в страховой программе Потребителя Потребитель и (или) Заказчик обязуются оплатить согласованные в Предварительном плане (смете) медицинские услуги самостоятельно.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1 Провести качественное обследование полости рта Потребителя.

3.1.2 По результатам обследования предоставить Потребителю полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, установленном диагнозе, сущности применяемых в его случае методов лечения и протезирования, применяемых лекарственных препаратах и материалах и составить для Потребителя рекомендуемый Предварительный план (смету), являющийся Приложением к Договору, согласовав с Потребителем перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

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

3.1.4 Определить для Потребителя гарантийный срок. Гарантийные сроки определены разделом 4 настоящего Договора.

3.1.5 Информировать Потребителя о стоимости услуг с учётом проведённого обследования в соответствии с согласованным Предварительным планом (сметой).

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

3.1.7 Поставить в известность Потребителя о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объёма оказываемых услуг и возможным осложнениям при лечении, и отразить соответствующую информацию в медицинской документации Потребителя с получением необходимых подписей и согласований.

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

3.2 Исполнитель имеет право:

3.2.1 Самостоятельно определять характер и объём лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для лечения Потребителя в рамках Предварительного плана (сметы), в соответствии с медицинскими показаниями и обязательными требованиями.

3.2.2 Осуществлять сбор фото- и видеоматериалов, связанных с оказанием услуг по настоящему Договору, и использовать их в объёме, необходимом для оказания услуг по настоящему Договору и организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, без отдельного согласия Потребителя. Для целей, не связанных с исполнением настоящего Договора, — с дополнительного согласия Потребителя.

3.2.3 В целях повышения качества стоматологических услуг, диагностики, определении патологии для дальнейшего планирования лечения Исполнитель имеет право проводить дентальное фотографирование Потребителя.

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓

3.2.4 По согласованию с Потребителем и (или) Заказчиком привлекать другие медицинские организации, медицинские лаборатории для оказания дополнительных медицинских услуг.

3.2.5 Исполнитель вправе по согласованию с Потребителем и (или) Заказчиком заменить оплаченные расходные материалы или супраструктуры аналогичными материалами другого производителя. При этом качество и стоимость аналогов на дату замены должны быть не ниже качества и стоимости исходных материалов. Исполнитель уведомляет Потребителя и (или) Заказчика о замене до начала оказания услуги.

3.2.6 Отказ лечащего врача от наблюдения за Потребителем и его лечения допускается в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, при условии, что отказ непосредственно не угрожает жизни Потребителя и здоровью окружающих, с организацией замены лечащего врача.

3.3 Потребитель обязуется:

3.3.1 Предоставить необходимую Исполнителю информацию о состоянии своего здоровья, наличия и сроках беременности, перенесённых и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведённых ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

3.3.2 Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом или администратором клиники. При невозможности явки Потребитель обязуется по возможности уведомить Исполнителя не менее чем за 4 часа. Отказ Потребителя и (или) Заказчика от получения услуги не влечёт уплаты фиксированного штрафа. При прекращении Договора оплачиваются только фактически понесённые Исполнителем расходы, непосредственно связанные с исполнением обязательств по Договору и подлежащие подтверждению.

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

3.3.4 Немедленно извещать лечащего врача Исполнителя или администратора клиники о любых осложнениях, возникших в процессе лечения.

3.3.5 Потребитель и (или) Заказчик обязуются соблюдать все указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), режим, определённый на период прохождения лечения и по завершении (прекращении) прохождения лечения, а также соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации. Неисполнение рекомендаций медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.3.6 Потребитель и (или) Заказчик обязуются оплачивать оказанные медицинские услуги в полном объёме в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.4 Потребитель имеет право:

3.4.1 Получать информацию об объёме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

3.4.2 Выбрать лечащего врача из штата Исполнителя.

3.4.3 Поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий в порядке, предусмотренном законодательством и внутренними правилами Исполнителя.

3.4.4 Требовать предоставления информации в соответствии с пунктом 3.1.2 настоящего Договора, в том числе информации о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, участвующего в оказании медицинских услуг, и иную информацию в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

3.4.5 Получать копию медицинской карты и (или) выписку из медицинской карты Потребителя в порядке и сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

3.4.6 Получать информацию об объёме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

3.4.7 В любое время отказаться от лечения, оплатив Исполнителю фактически понесённые расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1 Гарантийные обязательства действуют при условии явки на профилактический осмотр один 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 Договорная гарантия не распространяется на временные коронки, временные пломбы, предварительное лечение глубокого кариеса, временный съёмный протез и на случаи, предусмотренные пунктом 4.4 настоящего Договора.

4.3 В случае, если до обращения к Исполнителю корневые каналы (канал) зуба (зубов) подвергались обработке резорцин-формалиновым или другим методом, при перелечивании таких каналов возможно обострение хронического процесса, и Исполнитель не может гарантировать сохранность такого зуба вплоть до его удаления. Об указанных особенностях врач Исполнителя предупреждает Потребителя и делает соответствующую запись в медицинской карте.

4.4 Зубы (зуб), ранее подвергшиеся лечению в других медицинских организациях и имеющие признаки некачественного прохождения и пломбирования корневых каналов и наступившие, в связи с этим осложнения, могут быть по желанию Потребителя подвергнуты повторному «условному» лечению врачом Исполнителя. В случае недостижения положительного результата такие зубы могут подлежать удалению по медицинским показаниям. Врач Исполнителя делает запись в медицинской карте Потребителя с указанием причин, по которым производится «условное» лечение. При ознакомлении с такой записью Потребитель даёт письменное

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓

согласие на проведение «условного» лечения. Договорная гарантия, предусмотренная пунктом 4.1 настоящего Договора, на такие случаи не распространяется, если иное не оговорено врачом.

4.5 Установленные настоящим Договором гарантийные сроки являются дополнительными гарантиями Исполнителя и не ограничивают права Потребителя, предоставленные законодательством Российской Федерации. Вопросы возврата денежных средств и иные требования при недостатках оказанной услуги разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.6 Неисполнение Потребителем требований пунктов 3.3.5–3.3.6 настоящего Договора освобождает Исполнителя от гарантийных обязательств.

4.7 Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых невозможно полностью исключить при современном уровне медицинских знаний и технологий, сами по себе не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 Ответственность сторон при неисполнении или ненадлежащем исполнении условий настоящего Договора определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

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

6.2 Возникшие разногласия могут быть урегулированы путём переговоров и направления претензии. Указанный порядок не является обязательным досудебным порядком и не ограничивает право Потребителя обратиться за защитой прав непосредственно в суд или уполномоченный государственный орган. Территориальная подсудность определяется по выбору Потребителя в соответствии с законом.

6.3 Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.4 Количество экземпляров Договора соответствует количеству Сторон. Каждый экземпляр имеет одинаковую юридическую силу и передаётся соответствующей Стороне.

6.5 После исполнения Договора Исполнитель по письменному запросу Потребителя (его законного представителя) выдаёт без взимания дополнительной платы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, применённых лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Срок предоставления медицинских документов (их копий) не превышает 30 календарных дней со дня регистрации соответствующего запроса Исполнителем.

7. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ И ПОДПИСИ

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» 445030, Россия, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 44Б, офис 106 ИНН 6321172348, КПП 632101001 ОГРН 1066320177604 Банк получатель: АО «Банк ДОМ.РФ», г. Москва БИК 044525266 К/с 301018110345250000266 Р/с 40702810900730015012 Старший администратор Вершинина Оксана Викторовна _____	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ): ФИО: Адрес места жительства: Телефон: Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении серия/номер: выдан:
ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ / ЛИЦО, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ПОТРЕБИТЕЛЯ (при наличии): ФИО: Телефон: Адрес места жительства: Документ, удостоверяющий личность: паспорт: т выдан Документ, подтверждающий полномочия: наименование _____ серия/№ _____ дата выдачи _____.20__ кем выдан _____ Подпись ✓ _____	
ЗАКАЗЧИК (в том числе если Заказчик и законный представитель Потребителя - одно и то же лицо): ☐ Потребитель ☐ Законный представитель ☐ Иное физическое лицо ☐ Юридическое лицо Для физ. лица: ФИО _____ Адрес места жительства / адрес в пределах места нахождения _____ Телефон _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____ выдан _____ Для юридического лица / ИП: ОГРН _____ ИНН _____	

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

Наименование организации: _____
Юридический адрес: _____
Фактический адрес: _____
Банковские реквизиты: _____

Документ, подтверждающий основания: _____
Реквизиты документа, подтверждающие основания для заключения и исполнения договора: _____

Должность лица: _____
Подпись/ФИО _____



А/к _____

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Дата рождения: _____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт

являясь ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

Пациент: _____

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении

серия/номер:

выдан:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я свободно, своей волей и в своем интересе либо в интересе представляемого мной лица даю ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» (далее – Оператор), адрес: 445030, Россия, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, д. 44Б, офис 106, согласие на обработку персональных данных субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии (далее – Пациент), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, адрес электронной почты (при наличии), СНИЛС (при наличии и необходимости обработки), реквизиты полиса ДМС (при наличии), сведения о представителе и документе, подтверждающем его полномочия, данные о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях заключения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, ведения и хранения медицинской документации, осуществления расчетов, организации записи и связи с Пациентом по вопросам лечения, исполнения обязанностей Оператора, установленных законодательством Российской Федерации. Обработка персональных данных, касающихся состояния здоровья, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором Пациенту медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам предоставлять другим уполномоченным работникам Оператора доступ к персональным данным Пациента, содержащим сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах его обследования и лечения, в пределах должностных обязанностей и предоставленных полномочий, с соблюдением требований о врачебной тайне и защите персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять действия с персональными данными Пациента, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или настоящим согласием, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение. Обработка может осуществляться с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации.

Носителями информации могут являться документы на бумажных и электронных носителях. Фото, видео- и иные изображения, получаемые в ходе диагностики и лечения и необходимые для оказания медицинской помощи, могут обрабатываться в медицинских целях и включаться в медицинскую документацию. Настоящее согласие не является согласием на публикацию и распространение таких материалов на сайте, в социальных сетях, рекламе и иных материалах, доступных неопределенному кругу лиц; для такого распространения требуется отдельное согласие.

При оказании медицинской помощи по договору ДМС Оператор вправе осуществлять обмен (получение и передачу) персональными данными Пациента со страховой организацией в объеме, необходимом для исполнения договора ДМС и оплаты оказанной медицинской помощи, при наличии надлежащего правового основания и с соблюдением требований законодательства о защите персональных данных и врачебной тайне.

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

Персональные данные обрабатываются и хранятся в течение сроков, необходимых для достижения целей обработки, а если срок хранения установлен федеральным законом, иным нормативным правовым актом или договором — в течение соответствующего установленного срока. По достижении целей обработки персональные данные подлежат уничтожению либо обезличиванию, если их дальнейшая обработка или хранение не требуются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Передача (предоставление) персональных данных Пациента третьим лицам осуществляется с согласия субъекта персональных данных или его представителя, а также без дополнительного согласия в случаях и порядке, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации, включая предоставление обязательных сведений в государственные информационные системы в установленном законом объеме.

Субъект персональных данных или его представитель вправе отозвать настоящее согласие. Отзыв может быть направлен Оператору в письменной форме по адресу Оператора. Отзыв согласия прекращает обработку, основанную на настоящем согласии, однако Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Если дальнейшая обработка и хранение не требуются и иные правовые основания отсутствуют, Оператор прекращает обработку и уничтожает персональные данные в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует с даты его подписания до достижения целей обработки либо до его отзыва в той части, в которой обработка осуществляется на основании согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Я даю согласие на использование предоставленных контактных данных для направления Пациенту и (или) его представителю сервисных и организационных уведомлений, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи и исполнением договора: о сроках и порядке лечения, проведении лечебных процедур, подтверждении и изменении времени записи, напоминании о приеме, готовности документов, а также иных сообщений, не являющихся рекламой, посредством телефонной связи, СМС и мессенджеров.

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Дата оформления:

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика

✓ _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт

являясь ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

Пациент: _____

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении

серия/номер:

выдан:

Медицинский работник (ФИО):

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. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи (или) получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «Диастом. Клиника доктора Древина».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Применительно к стоматологической консультации и диагностическому обследованию мне дополнительно разъяснено:

- цель обследования — оценка состояния органов и тканей полости рта и челюстно-лицевой области, установление или уточнение диагноза, определение необходимости дополнительной диагностики и тактики лечения;
- в обследование по медицинским показаниям могут входить опрос и сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и иные необходимые неинвазивные диагностические манипуляции, а также диагностические модели/оттиски или цифровое сканирование;
- при наличии медицинских показаний могут проводиться рентгенологические методы обследования; мне разъяснено, что при их проведении используется ионизирующее излучение и применяются меры радиационной безопасности;
- возможны кратковременные неприятные ощущения или болезненность при исследовании чувствительных тканей, рвотный рефлекс при отдельных диагностических манипуляциях; при рентгенологических исследованиях имеется лучевая нагрузка в пределах применяемого метода;
- предполагаемый результат обследования — получение диагностической информации, установление/уточнение диагноза, формирование рекомендаций и плана дальнейшего лечения;

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика ✓ _____

• отказ от отдельных диагностических мероприятий может затруднить или сделать невозможными установление/уточнение диагноза, оценку клинической ситуации и выбор обоснованной тактики лечения.

Диагностическая фотосъемка может выполняться в медицинских целях для фиксации исходного состояния, диагностики и контроля лечения и включаться в медицинскую документацию. Настоящее согласие не является согласием на публикацию или распространение фотографий в сети Интернет, социальных сетях, рекламных и иных публичных материалах.

Настоящее согласие не заменяет отдельное информированное добровольное согласие на лечебные медицинские вмешательства, если для их проведения требуется отдельное информирование и согласование с пациентом (законным представителем).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон)

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Дата оформления:

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика ✓ _____

СОГЛАСИЕ НА РАЗМЕЩЕНИЕ ФОТО И ВИДЕО

Дата рождения:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт

являясь ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

Пациент: _____

Дата рождения:

Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении

серия/номер:

выдан:

Настоящим я добровольно даю медицинской организации согласие на размещение и дальнейшее использование фотографий и видеозаписей с изображением пациента на официальном сайте клиники и официальных страницах клиники в социальных сетях.

Согласие распространяется на материалы, созданные во время посещения клиники, включая изображение лица пациента, полости рта, этапов и результатов лечения, а также голос и комментарии пациента, если они вошли в видеозапись.

Разрешаю использовать эти материалы в информационных, образовательных и рекламных публикациях клиники, в том числе для демонстрации работы врачей, процесса и результатов лечения.

Разрешаю отбирать, кадрировать, сокращать и монтировать материалы, корректировать цвет и звук, добавлять текст, графику, субтитры и музыку. Такие изменения не должны искажать смысл материала, унижать достоинство пациента или создавать ложное впечатление о лечении.

Если в публикации видны или озвучены сведения о факте обращения, состоянии полости рта, проведенном лечении и его результате, я также разрешаю раскрытие этих сведений в объеме, необходимом для понимания публикации. Фамилия, имя, дата рождения, телефон, адрес и иные контактные или документные данные пациента без отдельного письменного согласия не публикуются.

Согласие дано добровольно.

Согласие предоставляется безвозмездно и действует бессрочно со дня подписания. Я вправе отозвать его письменным заявлением. Клиника не отвечает за копии и репосты, ранее сделанные третьими лицами.

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Дата оформления:

Подпись Потребителя (Пациента) / законного представителя / Заказчика ✓ _____