

Договор на оказание медицинских услуг №

г. Москва

xx.уу.хххх г.

ООО «АмиРин», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Склярука А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора и основные условия

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские стоматологические услуги в объеме, указанном в настоящем Договоре и в согласованном Сторонами Плана лечения, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.

1.2. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту следующие медицинские услуги (далее совместно именуемые «Услуги»): _____.

1.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость дополнительных платных стоматологических услуг, льготные условия оплаты, размер скидок, предоставляемых Пациенту может определяться в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг либо Дополнительным соглашением к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

1.4. Пациент настоящим подтверждает, что до заключения Договора он ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем Услуг, стоимостью и условиями их предоставления (Прейскурантом), Положением о гарантиях и Правилах поведения в клиниках Исполнителя, знает о действующих льготах для отдельных категорий граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Срок оказания Услуг, а также их объем, и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указываются в плане (планах) лечения. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после обследования и диагностики и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Назначить лечащего врача Пациенту.

2.1.2. Провести полноценный клинический осмотр, диагностическое обследование в полном объеме и на основании установленного диагноза наметить план лечения.

2.1.3. Ознакомить Пациента с вариантами лечения и Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план и стоимость лечения.

2.1.4. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.

2.1.5. Ставить в известность Пациента о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение утвержденного плана лечения отражается в амбулаторной карте.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.7. Выполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства с учетом объективного состояния здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги.

2.1.8. Обеспечить осуществление специальных видов лечения (хирургическое, терапевтическое, парадонтологическое, зубное протезирование и др.) соответствующими специалистами Исполнителя.

2.1.9. Информировать Пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации. Информировать о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях, необходимых после проведения стоматологического лечения.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Пациента.

2.2.2. С согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения. Исполнитель вправе отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.2.3. Отказать в лечении, если это лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для Пациента.

2.2.4. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.

2.2.5. Отказать в обслуживании Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.

2.2.6. Исполнитель имеет право не начинать оказание Услуг вплоть до оплаты Пациентом стоимости Услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2.7. Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем внесудебном порядке при неоплате оказанных услуг, при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при неявке Пациента на прием без уведомления, при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения, в том случае. При этом Исполнитель возвращает Пациенту сумму предоплаты, если она производилась, за вычетом стоимости произведенных Исполнителем работ (оказанных услуг), стоимости израсходованных материалов и иных понесенных расходов Исполнителя.

2.2.8. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с «Положением о гарантиях» в ООО «АмиРин».

2.2.9. Исполнитель вправе публиковать в соцсетях, статьях, научных изданиях обезличенные сведения об оказанной медицинской помощи.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Являться на прием в установленное время. При опоздании более чем на 15 минут обязательно предупреждать регистраторов по телефону и не менее чем за 12 часов о невозможности явки на прием. Соблюдать все иные правила поведения, принятые клиникой Исполнителя для пациентов.

2.3.2. Оплатить стоимость консультации специалиста клиники вне зависимости от того, будет ли продолжено лечение. Пациент соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования: рентгенографического, лабораторного и других диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

2.3.3. При оформлении первичной медицинской документации максимально точно заполнить карту общего здоровья. Пациент обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.3.4. Выполнять все указания и рекомендации лечащего врача, которые были выданы на руки Пациента лечащим врачом в виде Памяток, листовок и т.д. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.3.5. Немедленно (в течение суток) извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.6. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные регулярные профилактические осмотры, принимать лекарственные препараты согласно листу назначений.

2.3.7. Производить оплату медицинских услуг в полном объеме, согласно условиям договора.

2.3.8. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

В период гарантийного срока обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой не прибегая к услугам других стоматологических учреждений, в противном случае, Пациент лишается права на гарантийное обслуживание у Исполнителя.

2.3.9. Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями, о чем Пациент делает письменную отметку в своей амбулаторной карте.

2.3.10. Заявлять об обнаружении недостатков при принятии выполненной работы, её отдельного этапа или в ходе выполнения работы, в противном случае работа считается выполненной надлежащим образом.

2.3.11. После проведенной операции самостоятельно не управлять транспортным средством.

2.3.12. По рекомендации лечащего врача пройти дополнительное обследование или получить консультацию (или медицинскую услугу) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Выбрать лечащего врача.

2.4.2 Пациент имеет право на получение достоверных сведений об объеме и характере лечения, о стоматологическом состоянии его здоровья.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения и понесенных расходов Исполнителя.

2.4.4. Помимо указанных в договоре прав, Пациент обладает всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3. Ответственность сторон

3.1. Исполнитель несет ответственность:

3.1.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему договору (в соответствии с утвержденными стандартами).

3.1.2. За причинение вреда здоровью Пациента по вине врача Исполнителя.

3.2. Исполнитель не несет ответственность за неблагоприятный результат проведенного ранее лечения в случаях:

3.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказе от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения).

3.2.2. Возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении.

3.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено Пациентом в карте общего состояния здоровья.

3.2.4. Прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента.

3.2.5. Если Пациент не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

3.2.6. В случае неявки Пациента на очередной профилактический осмотр.

3.2.7. Отказа Пациента от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

3.2.8. Наличия у Пациента общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Пациентом и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;

3.2.9. Наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбировочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги

3.3. Пациент несет ответственность:

3.3.1. За достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

3.4. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, в том числе режима лечения по срокам оказания услуг, отказ Пациента от продолжения лечения, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам.

4. Разрешение споров

4.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги или иным условиям настоящего договора, стороны решают спор посредством его досудебного урегулирования, путем обращения с письменной претензией к Генеральному директору Исполнителя. Генеральный директор Исполнителя обязан рассмотреть претензию Пациента в 30-тидневный срок с даты ее получения.

4.3. В случае нарушения условий настоящего договора одной из сторон и не достижения согласия в порядке досудебного урегулирования заинтересованная сторона имеет право обратиться в суд по месту исполнения настоящего договора.

5. Гарантийные обязательства и расторжение договора

5.1. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства в соответствии с утвержденным Положением о гарантиях.

5.2. Гарантия не распространяется:

- на фиксацию декоративных назубных украшений;

- на ортодонтическое, хирургическое лечение;

- на пародонтологическое лечение и профессиональную чистку;

- на отбеливание зубов;

- на лечение молочных зубов;

- перелечивание ранее леченых каналов зубов,

- приживление имплантата,

- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта,

- лечение с допустимыми отступлениями от медицинских показаний, проводимое по настоянию Пациента с согласия врача,

- на иные услуги, которые не являются терапевтическим лечением и (или) протезированием.

6. Непредвиденные обстоятельства

6.1. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объеме, адекватном состоянию здоровья Пациента на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как непрогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами своих обязательств по договору.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Заключительные положения

8.1. Все изменения и дополнения настоящего договора оформляются путем подписания дополнительного соглашения.

8.2. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Уведомления:

- Исполнитель уведомляет о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

- В соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, уведомляем вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

- Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации в срок 10 рабочих дней с момента подачи заявления Пациентом.

С уведомлениями согласен и ознакомлен.

Пациент _____
(ФИО)

Исполнитель ООО «АмиРин»

Юр. адрес:
125445, Москва, г. Москва, ул. Смольная, д. 24А,
этаж цоколь
тел.: +7 (495) 988-76-44
ИНН 7743756350
КПП 774301001
ОГРН 1097746598950
ОКПО 63640077
БИК 044525999
КР/С 30101810845250000999,
р/с 40702810301500046233
ТОЧКА ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ» г. Москва

Генеральный директор
_____ (Склярук А.В.)

Пациент

ФИО
Паспорт:
Выдан
Адрес:

Моб. Телефон

ФИО

г. Москва, ул. Смольная, д. 24А,
этаж цоколь
+7 (495) 988-76-44
Info@smileclinic.ru
www.smileclinic.ru

Договор на оказание медицинских услуг №

г. Москва

xx.yy.xxxx г.

ООО «АмиРин», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Склярука А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора и основные условия

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские стоматологические услуги в объеме, указанном в настоящем Договоре и в согласованном Сторонами Плана лечения, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.

1.2. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту следующие медицинские услуги (далее совместно именуемые «Услуги»): _____.

1.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость дополнительных платных стоматологических услуг, льготные условия оплаты, размер скидок, предоставляемых Пациенту может определяться в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг либо Дополнительным соглашением к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

1.4. Пациент настоящим подтверждает, что до заключения Договора он ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем Услуг, стоимостью и условиями их предоставления (Прейскурантом), Положением о гарантиях и Правилах поведения в клиниках Исполнителя, знает о действующих льготах для отдельных категорий граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Срок оказания Услуг, а также их объем, и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указываются в плане (планах) лечения. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после обследования и диагностики и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Назначить лечащего врача Пациенту.

2.1.2. Провести полноценный клинический осмотр, диагностическое обследование в полном объеме и на основании установленного диагноза наметить план лечения.

2.1.3. Ознакомить Пациента с вариантами лечения и Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план и стоимость лечения.

2.1.4. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.

2.1.5. Ставить в известность Пациента о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение утвержденного плана лечения отражается в амбулаторной карте.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.7. Выполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства с учетом объективного состояния здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги.

2.1.8. Обеспечить осуществление специальных видов лечения (хирургическое, терапевтическое, парадонтологическое, зубное протезирование и др.) соответствующими специалистами Исполнителя.

2.1.9. Информировать Пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации. Информировать о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях, необходимых после проведения стоматологического лечения.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Пациента.

- 2.2.2. С согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения. Исполнитель вправе отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.
- 2.2.3. Отказать в лечении, если это лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для Пациента.
- 2.2.4. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.
- 2.2.5. Отказать в обслуживании Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.
- 2.2.6. Исполнитель имеет право не начинать оказание Услуг вплоть до оплаты Пациентом стоимости Услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.2.7. Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем внесудебном порядке при неоплате оказанных услуг, при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при неявке Пациента на прием без уведомления, при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения, в том случае. При этом Исполнитель возвращает Пациенту сумму предоплаты, если она производилась, за вычетом стоимости произведенных Исполнителем работ (оказанных услуг), стоимости израсходованных материалов и иных понесенных расходов Исполнителя.
- 2.2.8. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с «Положением о гарантиях» в ООО «АмиРин».
- 2.2.9. Исполнитель вправе публиковать в соцсетях, статьях, научных изданиях обезличенные сведения об оказанной медицинской помощи.

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. Являться на прием в установленное время. При опоздании более чем на 15 минут обязательно предупреждать регистраторов по телефону и не менее чем за 12 часов о невозможности явки на прием. Соблюдать все иные правила поведения, принятые клиникой Исполнителя для пациентов.
- 2.3.2. Оплатить стоимость консультации специалиста клиники вне зависимости от того, будет ли продолжено лечение. Пациент соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования: рентгенографического, лабораторного и других диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.
- 2.3.3. При оформлении первичной медицинской документации максимально точно заполнить карту общего здоровья. Пациент обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.
- 2.3.4. Выполнять все указания и рекомендации лечащего врача, которые были выданы на руки Пациента лечащим врачом в виде Памяток, листовок и т.д. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.
- 2.3.5. Немедленно (в течение суток) извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
- 2.3.6. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные регулярные профилактические осмотры, принимать лекарственные препараты согласно листу назначений.
- 2.3.7. Производить оплату медицинских услуг в полном объеме, согласно условиям договора.
- 2.3.8. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.
- В период гарантийного срока обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой не прибегая к услугам других стоматологических учреждений, в противном случае, Пациент лишается права на гарантийное обслуживание у Исполнителя.
- 2.3.9. Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями, о чем Пациент делает письменную отметку в своей амбулаторной карте.
- 2.3.10. Заявлять об обнаружении недостатков при принятии выполненной работы, её отдельного этапа или в ходе выполнения работы, в противном случае работа считается выполненной надлежащим образом.
- 2.3.11. После проведенной операции самостоятельно не управлять транспортным средством.

2.3.12. По рекомендации лечащего врача пройти дополнительное обследование или получить консультацию (или медицинскую услугу) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Выбрать лечащего врача.

2.4.2 Пациент имеет право на получение достоверных сведений об объеме и характере лечения, о стоматологическом состоянии его здоровья.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения и понесенных расходов Исполнителя.

2.4.4. Помимо указанных в договоре прав, Пациент обладает всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3. Ответственность сторон

3.1. Исполнитель несет ответственность:

3.1.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему договору (в соответствии с утвержденными стандартами).

3.1.2. За причинение вреда здоровью Пациента по вине врача Исполнителя.

3.2. Исполнитель не несет ответственность за неблагоприятный результат проведенного ранее лечения в случаях:

3.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказе от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения).

3.2.2. Возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении.

3.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено Пациентом в карте общего состояния здоровья.

3.2.4. Прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента.

3.2.5. Если Пациент не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

3.2.6. В случае неявки Пациента на очередной профилактический осмотр.

3.2.7. Отказа Пациента от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

3.2.8. Наличия у Пациента общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Пациентом и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;

3.2.9. Наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбировочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги

3.3. Пациент несет ответственность:

3.3.1. За достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

3.4. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, в том числе режима лечения по срокам оказания услуг, отказ Пациента от продолжения лечения, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам.

4. Разрешение споров

4.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги или иным условиям настоящего договора, стороны решают спор посредством его досудебного урегулирования, путем обращения с письменной претензией к Генеральному директору Исполнителя. Генеральный директор Исполнителя обязан рассмотреть претензию Пациента в 30-тидневный срок с даты ее получения.

4.3. В случае нарушения условий настоящего договора одной из сторон и не достижения согласия в порядке досудебного урегулирования заинтересованная сторона имеет право обратиться в суд по месту исполнения настоящего договора.

5. Гарантийные обязательства и расторжение договора

5.1. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства в соответствии с утвержденным Положением о гарантиях.

5.2. Гарантия не распространяется:

- на фиксацию декоративных на зубных украшений;
- на ортодонтическое, хирургическое лечение;
- на пародонтологическое лечение и профессиональную чистку;
- на отбеливание зубов;
- на лечение молочных зубов;
- перелечивание ранее леченых каналов зубов,

- приживление имплантата,
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта,
- лечение с допустимыми отступлениями от медицинских показаний, проводимое по настоянию Пациента с согласия врача,
- на иные услуги, которые не являются терапевтическим лечением и (или) протезированием.

6. Непредвиденные обстоятельства

6.1. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объеме, адекватном состоянию здоровья Пациента на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как непрогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами своих обязательств по договору.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Заключительные положения

8.1. Все изменения и дополнения настоящего договора оформляются путем подписания дополнительного соглашения.

8.2. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Уведомления:

- Исполнитель уведомляет о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

- В соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, уведомляем вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

- Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации в срок 10 рабочих дней с момента подачи заявления Пациентом.

С уведомлениями согласен и ознакомлен.

Пациент _____
(ФИО)

Исполнитель ООО «АмиРин»

Юр. адрес:

125445, Москва, г. Москва, ул. Смольная, д. 24А,
этаж цоколь

тел.: +7 (495) 988-76-44

ИНН 7743756350

КПП 774301001

ОГРН 1097746598950

ОКПО 63640077

БИК 044525999

КР/С 30101810845250000999,

р/с 40702810301500046233

ТОЧКА ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ» г. Москва

Пациент

ФИО

Паспорт:

Выдан

Адрес:

Моб. Телефон

ФИО

Генеральный директор

_____ (Склярук А.В.)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «АмиРин» (первичное)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, ФИО добровольно обращаюсь в ООО «АмиРин» для проведения следующих медицинских вмешательств: осмотра, консультации, диагностики, стоматологического обследования, рентген-диагностики, профессиональной гигиены полости рта, эстетической коррекции зубов и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я даю информированное добровольное согласие на все 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 (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной 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".

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) со сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения, поставив свою подпись в конце документа

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овещественные результаты оказанных услуг.

Я даю разрешение проводить осмотры, опросы, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, на анестезию, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, профессиональную гигиену зубов, отбеливание, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я информирован(а) и согласен с необходимостью различных рентгенологических исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я осведомлен(а) о необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам). Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примеров и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих ортопедических конструкций винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой и др.), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я понимаю, что специалисты ООО «АмиРин» не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже

имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинскую карту.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Дата:

Исполнитель: _____ /А.В. Склярчук/ Пациент _____ /
ФИО

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «АМИРИН»

Я, ФИО, зарегистрированный(ая) по адресу _____, 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 «АмиРин» (далее – Исполнитель) моих персональных данных, 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, 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 Исполнителем 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 и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные 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.

Исполнитель 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 (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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Также я понимаю, что в случаях, установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, могут быть переданы без согласия гражданина или его законного представителя.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Электронная почта:

Пациент: _____/
ФИО/

ООО «АмиРин»
125445, Москва, г. Москва, ул. Смольная, д. 24А,
этаж цоколь
+7 (495) 988-76-44
info@smileclinic.ru

--	--	--	--	--	--	--

Ортопедический прием

Номер а зубов	Конструкция	Дата окончания лечения	Срок гарантии (срок службы)	Дата контрольного осмотра	Подпись врача	Подпись пациента

Имплантология, ортопедия на имплантатах

Номер зуба	Конструкция	Дата окончания лечения	Срок гарантии (срок службы)	Дата контрольного осмотра	Подпись врача	Подпись пациента

25.10.2024 г.

Лист
Учета дозовых нагрузок пациента при
рентгенологических исследованиях

Ф.И.О

№ п\п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование. Мзв	Примечание

Примечание: Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на фото и видеосъемку с возможной последующей публикацией и на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, ФИО, зарегистрированный(ая) по адресу ,

даю свое письменное согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки или разглашение врачебной тайны меня или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

Я даю согласие на обработку и использование фото и видеоматериалов исключительно в следующих целях: публикации в социальных сетях и на сайте ООО «АмиРин» (), а также в социальных сетях ООО «АмиРин» - Instagram ().

Я даю согласие на разглашение врачебной тайны, о состоянии здоровья, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведения о личной жизни, полученных при обследовании и лечении, проделанных медицинских вмешательствах исключительно для публикации данной информации в социальных сетях и на сайте ООО «АмиРин» (), а также в социальных сетях ООО «АмиРин» - Instagram ().

Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий, видео и истории болезни. Вместе с тем я понимаю, что после того, как фотографии, видео и история болезни будут переданы на опубликование, отозвать согласие будет невозможно.

Я понимаю, что мои изображения, видео и история болезни могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле

Пациент: _____/
ФИО/

ООО «АмиРин»
125445, Москва, г. Москва, ул. Смольная, д.
24А, этаж цоколь
+7 (495) 988-76-44
info@smileclinic.ru