

Договор оказания медицинских (стоматологических) услуг №

г. Саратов

от «__» _____ 201_г.

ООО «Дента Мастер» (Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц № 1026403047615 от 12.11.2002г. зарегистрировано Инспекцией МНС России по Ленинскому р-ну г.Саратова) именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Быковой Т.П., действующей на основании Устава и лицензии № ЛО-64-01-002983 от 18мая 2015г. , Постановления Правительства РФ

№ 1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг», с одной стороны

и _____ именуемый в дальнейшем Потребитель(заказчик) , с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

1. Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Потребитель (заказчик) поручает ,а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги отвечающие требованиям предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения разрешенным на территории РФ.

1.1 Исполнитель оказывает Заказчику следующие виды платных стоматологических услуг в соответствии с лицензией №ЛО-64-01-000030от 18 ма я 2015 г. ,выданной Министерством здравоохранения Саратовской области (г. Саратов, ул. Рабочая, д. 145/155, тел.49-17-45): при оказании первичной , в том числе доврачебной, врачебной и специализированной , медико-санитарной помощи ,первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях : сестринское дело ,рентгенология ,стоматологии, ортопедической стоматологии; - первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью ,стоматологии общей практики ,стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической ,стоматологии хирургической;

при проведении медицинских осмотров медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз : :контроль качества медицинской помощи,

1.2 Потребитель дает свое согласие на предоставление ему платных медицинских услуг на возмездной основе .Основанием предоставления платных услуг является добровольное согласие Заказчика получить услугу на возмездной основе.

_____ (подпись Потребителя) _____ (ФИО Потребителя)

2.Права и обязанности сторон.

2.1 Исполнитель обязан:

- обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о своем местонахождении, режиме работы, перечне медицинских услуг ,стоимости услуг, сведениями о предоставляемых льготах, а так же сведения о лицензии , сертификатах ООО «Дента Мастер», квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;
- оказать квалифицированную , качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;
- использовать в процессе лечения только лицензированные ,сертифицированные материалы и инструменты.

2.2 Исполнитель имеет право :

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

2.3 Потребитель обязан:

- заботиться о сохранении своего здоровья;
- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача

до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых препаратах;

- строго выполнять медицинские назначения и режим лечения, в том числе являться на прием к врачу без опоздания;

- выполнять все рекомендации врача, соблюдать гигиену полости рта, проводить назначенные врачом профилактические процедуры;

- являться на профилактические осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев по предварительной записи;

- своевременно оплачивать медицинские услуги.

Несоблюдение рекомендаций Исполнителя могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4 Потребитель имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;

- на возмещение вреда здоровью, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

Возможные осложнения и побочные эффекты :

- аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение препаратов,

постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиты);

- осложнения при проведении диагностических и лечебных мероприятий- отечность десны, ограничение открывания рта – тризм, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней; перелом инструмента во время лечения корневых каналов, которые по усмотрению врача могут быть оставлены в корневом канале, перфорация корневого канала инструментами, которая может потребовать последующей хирургической коррекции, либо привести к преждевременной потере зуба; кровотечение, которое может потребовать интенсивных медицинских вмешательств.

Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований вследствие биологических особенностей организма.

Исполнитель не несет ответственности за качество предоставляемых услуг, если пациент не выполняет предписания лечащего врача, прерывает лечение без письменного уведомления, при нарушении других

положений настоящего договора.

Исполнитель имеет право отказаться от выполнения услуги при возникновении объективной невозможности предоставить требуемую услугу, в том числе обеспечить безопасность услуги или возникновении медицинских противопоказаний.

_____ (подпись Потребителя) _____ (ФИО Потребителя)

3. Порядок предоставления платных медицинских услуг.

3.1 При первичном посещении Исполнитель обязан осуществить в оговоренное с Заказчиком время обследование Заказчика для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения

по медицинским показаниям. В доступной форме и по желанию Заказчика информировать Заказчика о состоянии его здоровья, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения. Составить план и просчитать стоимость лечения, согласовав его с Заказчиком, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя.

В медицинской карте Заказчик делает письменную отметку о согласовании манипуляций, которые будут производиться, о возможных осложнениях в процессе оказания услуг и после, о профилактических мерах, которые были рекомендованы после оказания услуг.

Исполнитель проводит лечение в соответствии с согласованным с Заказчиком планом лечения и стандартом лечения, установленном у Исполнителя. При необходимости изменить план лечения Исполнитель согласовывает изменение плана лечения, его стоимости и отражает это в амбулаторной карте Заказчика.

3.2 Исполнитель после проведения лечения осуществляет профилактический осмотр Заказчика.

4. Стоимость и порядок оплаты.

4.1 Стоимость услуги определяется планом лечения и тарифами, действующими на момент оказания услуги, согласно Прейскуранта Исполнителя.

№	Наименование платной медицинской услуги	Цена (руб.)
	Итого	

Общая стоимость медицинских услуг, предоставляемых Заказчику, составляет:

_____ р
уб.

(сумма прописью)

4.2 Оплата услуги осуществляется Заказчиком после оказания услуги в кассу Исполнителя или безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя. Потребителю выдается контрольно-кассовый чек или иной документ строгой отчетности. По договоренности сторон Заказчик может вносить авансовые платежи до окончания оказания услуги.

4.3 При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем только с согласия Заказчика.

4.4 Исполнитель вправе предоставить Заказчику скидки на услуги. Порядок и размер скидок определяется Исполнителем самостоятельно.

5. Ответственность сторон.

5.1 В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств

по срокам исполнения услуги Пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- назначить новый срок оказания услуги.

5.2 Исполнитель освобождается от ответственности , если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушение Заказчиком своих обязательств или другим основаниям, предусмотренным Законодательством.

5.3 Потребитель(заказчик) обязан полностью возместить Исполнителю убытки, если оно не смогло оказать услуги или было вынуждено прекратить её оказание по вине Заказчика.

5.4 Исполнитель имеет право отказать в приеме пациенту в случае наркотического или токсического опьянения, если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью Потребителя.

6.Порядок изменения и расторжения договора.

6.1 Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон.

6.2 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям , предусмотренным действующим Законодательством.

7. Срок действия договора.

7.1 Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств или по инициативе любой стороны с предварительным уведомлением другой стороны.

8.Прочие условия договора.

8.1 Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров.

Все споры стороны будут решать ,по возможности ,путём переговоров .Если потребуется с привлечением независимой экспертизы .

8.2 При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель: ООО «Дента Мастер»,410065 г. Саратов ,пр. 50 лет Октября 89 «А»,
ОГРН 1026403047615; ИНН 6453064010 ,КПП 645301001,
р/с 40702810707820000063 в ЗАО «Экономбанк» Ленинского района г. Саратова
бик 046311722 , к/с 30101810100000000722

Директор _____ (Быкова
Т.П)

Заказчик:

ФИО _____

Адрес: _____ Паспорт

(Подпись
Заказчика)

Договор оказания стоматологических услуг (имплантация) №

г. Саратов

от «___» _____ 201_г.

ООО «Дента Мастер» (Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц № 1026403047615 от 12.11.2002г. зарегистрировано Инспекцией МНС России по Ленинскому р-ну г.Саратова) именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Быковой Т.П., действующей на основании Устава и лицензии № ЛО-64-01-000030 от 29. 02. 2008г. , Постановления Правительства РФ

№ 1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг», с одной стороны

и _____ именуемый в дальнейшем Потребитель(заказчик) ,с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

1. Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг с применением имплантатов в соответствии с планом обследования и лечения. Потребитель (заказчик) поручает ,а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги отвечающие требованиям предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения разрешенным на территории РФ.

1.1 Исполнитель оказывает Заказчику следующие виды платных стоматологических услуг в соответствии с лицензией №ЛО-64-01-002983 от 18 мая 2015 г. ,выданной Министерством здравоохранения Саратовской области (г. Саратов, ул. Рабочая, д. 145/155, тел.49-17-45: -сестринское дело ,рентгенодиагностика , хирургической стоматологии, контролю качества медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью.

1.2 Потребитель дает свое согласие на предоставление ему платных медицинских услуг на возмездной основе. Основанием предоставления платных услуг является добровольное согласие Заказчика получить услугу на возмездной основе.

_____(подпись Потребителя)_____(ФИО
Потребителя)

1.3 Исполнитель устанавливает Заказчику имплантаты

2.Права и обязанности сторон.

2.1 Исполнитель обязан:

- осуществить в оговоренное время осмотр и консультацию Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения .Результаты осмотра, выводы план лечения отразить в амбулаторной карте;

-ознакомить Заказчика с вариантами лечения , имплантации и действующим прейскурантом;

- ставить в известность Заказчика о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменения в плане лечения отражать в амбулаторной карте и согласовывать с Заказчиком;
- устно ознакомить Заказчика о возможных осложнениях при имплантации , в реабилитационный период;
- проинформировать Заказчика о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях;
- проводить осмотры Заказчика в послеоперационный период ;
- использовать в процессе лечения только сертифицированные материалы и инструменты.

2.2 Исполнитель имеет право :

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи;
- отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологии установки имплантатов , может вызвать нежелательные последствия;
- в случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения;
- отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а так же при наличии и выявлении противопоказаний к проведению имплантации.

2.3 Заказчик обязан:

- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях , принимаемых препаратах;
- строго выполнять медицинские назначения и режим лечения, в том числе являться на прием к врачу без опоздания. Предупреждать Исполнителя по тел. 66-32-32 о невозможности явки на прием ;
- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях , возникших в процессе лечения;
- выполнять все рекомендации врача , соблюдать гигиену полости рта, проводить назначенные врачом профилактические процедуры;
- являться на профилактические осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев по предварительной записи;
- своевременно оплачивать медицинские услуги.

Несоблюдение рекомендаций Исполнителя могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

2.4 Заказчик имеет право:

- на получение информации о состоянии здоровья и проведенном лечении;
- отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой проведенного лечения, при этом предоплата за изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается

3. Стоимость и порядок оплаты.

3.1 Стоимость услуги определяется планом лечения и тарифами , действующими на момент оказания услуги ,согласно Прейскуранта Исполнителя.

№	Наименование платной медицинской услуги	Цена (руб.)

	Итого	

Общая стоимость медицинских услуг , предоставляемых Заказчику, составляет:

_____ р
уб.

(сумма прописью)

3.2 График платежей:

_____ % при заключении договора;

_____ % при проведении имплантации.

3.3 При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем только с согласия Заказчика.

3.4 Исполнитель вправе предоставить Заказчику скидки на услуги. Порядок и размер скидок определяется Исполнителем самостоятельно.

3.5 В случае непредвиденного отказа от операции Исполнитель возвращает Заказчику уплаченную сумму с вычетом консультативно- диагностических услуг .

3.6 В случае отказа от протезирования сумма денежных средств возврату не подлежит.

4. Ответственность сторон.

4.1 Исполнитель несет ответственность :

- за качество выполненных услуг лечебно- диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Заказчика на момент обращения.

4.2 Исполнитель не несёт ответственности в случаях :

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях в состоянии здоровья);

- возникновения осложнений при лечении зубов в другом лечебном учреждении;

- возникновения аллергии на разрешенные к применению препараты, если наличие аллергии не отражено в карте состояния здоровья;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;

- если Заказчик не предоставил достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

4.3 Заказчик несет ответственность

- за достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья;

- четкое выполнение рекомендаций врача;

- своевременную и полную оплату медицинских услуг.

5. Порядок изменения и расторжения договора.

5.1 Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон.

5.2 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям , предусмотренным действующим Законодательством.

6. Срок действия договора.

6.1 Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств или до расторжения по инициативе любой стороны с предварительным уведомлением другой стороны.

7. Прочие условия договора.

7.1 В случае отторжения имплантата денежные средства по данному договору не подлежат возврату.

Операция переимплантации проводится по взаимному согласию сторон , с учетом ранее оплаченной услуги.

7.2 Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров.

Все споры стороны будут решать ,по возможности ,путём переговоров .Если потребуется с привлечением независимой экспертизы .

7.3 При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего договора обязательно предъявление Претензии, которая рассматривается другой стороной в течении 10 дней.

Исполнитель: ООО «Дента Мастер», 410065 г. Саратов , пр. 50 лет Октября 89 «А»,
ОГРН 1026403047615; ИНН 6453064010 ,КПП 645301001,
р/с 40702810707820000063 в ЗАО «Экономбанк» Ленинского района г. Саратова
бик 046311722 , к/с 30101810100000000722

Директор _____ (Быкова
Т.П)

Заказчик:

ФИО _____

Адрес: _____ Паспорт

(Подпись
Заказчика)

Информированное добровольное согласие на виды стоматологических вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие, согласно Приказа МЗ №390Н от 23.04.2012г.

Я, _____

« ____ » _____ г. рождения.

зарегистрированный по

адресу : _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств ,

для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО «Дента Мастер».**

Мне медицинским работником _____ в доступной для меня форме разъяснены цели , методы проведения **имплантации**, связанный с ними риск , возможные варианты медицинских вмешательств , их последствия , в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно ,что операция **имплантации** будет проводиться под местной анестезией.

Я удостоверяю, что мне понятно назначение данного документа.

_____ (_____) _____

_____ подпись

_____ расшифровка подписи

_____ дата

Информированное добровольное согласие на виды стоматологических вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие, согласно Приказа МЗ №390Н от 23.04.2012г.

Я, _____

« ____ » _____ г. рождения.

зарегистрированный по

адресу : _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств ,

для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО «Дента Мастер».**

Мне медицинским работником _____ в доступной для меня форме разъяснены цели , методы проведения **оперативных вмешательств** ,связанные с ними риски , возможные варианты медицинских вмешательств , их последствия , в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно ,что **оперативное вмешательство** будет проводиться под местной анестезией.

Я удостоверяю, что мне понятно назначение данного документа.

_____ (_____) _____

Карта здоровья.

Дата заполнения « _____ » _____ 20__ г.

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Адрес _____

Контактный телефон _____

Причина настоящего визита : острая боль, лечение, консультация, протезирование.

(нужное подчеркнуть)

Данная информация является крайне важной для того, что бы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья

и в интересах эффективности стоматологического лечения. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Лечитесь ли Вы или лечились ранее по поводу следующих заболеваний :

Ревматизм, пороки сердца _____ да / нет

Инфаркт миокарда, стенокардия, операции на сердце, нарушения ритма _____ да / нет

Артериальная гипертония (повышенное А/Д) _____ да / нет

Артериальная гипотония (пониженное А/Д) _____ да / нет

Пониженная свертываемость крови _____ да / нет

Желудочно-кишечные заболевания _____ да / нет

Перенесенный гепатит, СПИД, венерические заболевания _____ да / нет

Сахарный диабет _____ да / нет

Туберкулез _____ да / нет

Приступы эпилепсии, обмороки, головокружение _____ да / нет