

1.4. Срок оказания медицинских услуг:

1.5. Гарантийный срок на услуги, оказанные в соответствии с п. 1.3 настоящего договора составляет 12 месяцев с момента окончания медицинских услуг.

2. Обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

2.1. Нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок оказания медицинской услуги на платной основе.

2.2. Информировать Пациента о состоянии его (пациента) здоровья, о способах, целях и характере предлагаемого медицинского (стоматологического) вмешательства, об его основных преимуществах и недостатках, о возможных связанных с ним осложнениях, последствиях отказа от него, а также о существовании альтернативных методов лечения

2.3. Оказывать Пациенту квалифицированные, качественные медицинские услуги в установленные настоящим договором сроки.

2.4. Создать условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

2.5. Оказывать медицинские услуги Пациенту только при наличии его письменного заявления в соответствии с п. 1.3 и согласия пациента в соответствии с Приложением №1 к настоящему договору. Заявление и согласие Пациента на оказание ему медицинских услуг на платной основе должно быть получено до начала оказания ему медицинских услуг.

2.6. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента.

2.7. Предоставить пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах.

2.8. Предоставить гарантию на оказанные услуги (при условии соблюдения Пациентом после окончания лечения рекомендаций лечащего врача), за исключением имплантации*, некоторых видов хирургических**, ортопедических работ***, лечения детей****, сроком на 1 год с момента их оказания.

*В случае отторжения дентальных имплантатов в течение 6 месяцев с момента проведения операции на верхней челюсти и 3 месяцев на нижней гарантируется повторная однократная операция без оплаты со стороны Потребителя (Заказчика).

**Гарантия не распространяется на результат проведения костно-пластических операций (синус-лифтинг, увеличение объема альвеолярного гребня и др.).

***Гарантийный срок на временные пластмассовые коронки, мостовидные протезы, каппы, изготовленные лабораторным методом – 3 месяца. Гарантия не распространяется на фиксацию ортопедических конструкций и ремонт протезов, ранее изготовленных в других клиниках, или ремонт протезов по истечении гарантийного срока.

****Гарантия не распространяется на результат лечения осложненных форм кариеса (пульпита, периодонтита) временных («молочных») зубов, постоянных зубов с несформированными корнями, на случаи механических повреждений зубов, челюстей (травм) после проведенного лечения, а также на результат лечения временных («молочных») зубов с восстановлением коронковой части, разрушенной более чем на 1/3.

2.9. О лечении, проводящемся без гарантии, делается отметка в медицинской карте до начала лечения или в процессе лечения, если выявлены новые неблагоприятные факторы.

2.10. Гарантия прекращается при обращении Пациента для окончания лечения, начатого у Исполнителя, или устранения недостатков проведенного у Исполнителя лечения в другую медицинскую организацию.

3. Обязанности Пациента.

Пациент обязан:

3.1. Заботиться о сохранении своего здоровья. Информировать Исполнителя о состоянии своего (Пациента) здоровья, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, лекарственной непереносимости, вредных привычках путем дачи полных и достоверных ответов на вопросы, содержащиеся в медицинской карте. По требованию Исполнителя предоставить ему справки медицинских учреждений об имеющихся заболеваниях.

3.2. Являться (обеспечивать явку Пациента) к лечащему врачу строго в назначенное время, а в случае неявки по уважительной причине - за 24 часа до назначенного времени приёма предупредить об этом Исполнителя.

3.3. Соблюдать (обеспечивать соблюдение Пациентом) все рекомендации лечащего врача.

3.4. Незамедлительно ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.5. Обеспечить 100% оплату предоставленных Исполнителем услуг по исполнению настоящего Договора не позднее последнего дня их оказания.

3.6. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях

4. Обязанности Плательщика.

4.1. Оплатить медицинские услуги до их оказания в кассу учреждения и предоставить лечащему врачу документ, подтверждающий оплату медицинских услуг. При оплате медицинских услуг после их проведения оплата должна проводиться не позднее дня проведения услуги.

4.2. Сохранять фискальный чек, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг, до окончания срока оказания медицинских услуг Пациенту.

5. Права Исполнителя, Пациента и Плательщика.

5.1. Пациент имеет право:

- на выбор врача, с учетом его согласия.
- на качественное и своевременное получение медицинских услуг по настоящему договору;
- на получение информации о технологии оказания медицинских услуг, возможных последствиях и осложнениях;
- на отказ в одностороннем порядке от получения медицинских услуг, в том числе до их окончательного завершения, оплатив при этом фактические расходы Исполнителя на уже оказанные медицинские услуги либо расходы, связанные с подготовкой к оказанию медицинских услуг; ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его медицинского персонала.

5.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в оказании платной услуги Пациенту при наличии у него медицинских противопоказаний по состоянию здоровья;
- в оказании платной медицинской услуги Пациенту, находящемуся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения;
- в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;
- в возврате денежных средств при неоказании или оказании некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обязательств, предусмотренных законом;
- в возврате денежных средств, в связи с необоснованностью жалобы (по решению клинико-экспертной комиссии).
- или приостановить лечение Пациента при отказе от исполнения условий настоящего Договора в одностороннем порядке в случае наличия у Пациента (Плательщика) финансовой задолженности перед Исполнителем.

В случае опоздания Пациента к назначенному времени приема более чем на 15 минут Исполнитель вправе перенести прием на другое время

В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, исполнитель имеет право самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, не предусмотренном договором, которые дополнительно не оплачиваются.

5.3. Плательщик имеет право:

на возврат суммы, оплаченной за оказание медицинских услуг на платной основе, с учетом удержания денежных средств за фактически оказанные медицинские услуги в случае добровольного отказа Пациента от получения медицинских услуг по настоящему договору.

6. Оплата услуг.

6.1. Оплата медицинских услуг, указанных в п. 1.3 настоящего договора производится Плательщиком до момента начала их оказания наличными денежными средствами в кассу Исполнителя. Либо после оказания услуг, но не позднее дня оказания медицинских услуг.

6.2. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору устанавливается на основании прейскуранта тарифов на медицинские услуги.

7. Информация о предоставляемых медицинских услугах

7.1. Пациент уведомлен о том, что данная медицинская услуга оказывается сверх объемов медицинских услуг, предусмотренных территориальной программой государственных гарантии оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области.

7.2. С учетом технологии выполнения медицинских услуг Пациент при подписании настоящего договора должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов и осложнений, связанных с биологическими особенностями его организма. В связи с этим, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований их проведения.

7.3. Медицинские услуги проводятся медицинскими сотрудниками Исполнителя, имеющими сертификат специалиста, о квалификации, которых он уведомлен.

7.4. Пациент подтверждает, что был ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставления медицинских услуг по настоящему договору, и имел возможность задать все интересующие его вопросы, на которые получил понятные и исчерпывающие ответы.

8. Ответственность сторон за невыполнение условий Договора.

8.1. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом (Плательщиком) в случаях:

8.1.1. Возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания осложнений (проявившихся, в том числе, по причинам несоблюдения Пациентом врачебных рекомендаций и/или прерывания лечения по инициативе Пациента (Плательщика), неявки Пациента в предписанный лечащим врачом срок), не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий (рецидивов хронических воспалительных заболеваний, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов, проявления аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее таковых, и др.);

8.1.2. Переделки и исправления работы самим Пациентом или другими лицами;

8.1.3. Неисполнения Пациентом условий настоящего Договора.

8.2. В случае расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента (Плательщика) в одностороннем порядке оплате подлежит часть работ, выполненных до получения Исполнителем извещения об отказе Пациента (Плательщика) от исполнения настоящего Договора.

8.3. В случае выявления и подтверждения факта некачественного оказания Услуг при условии соблюдения

Пациентом всех рекомендаций лечащего врача устранение дефектов производится за счет Исполнителя, допустившего эти дефекты.

8.4. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

8.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы.

8.6. Претензии, споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем в ходе исполнения обязательств по настоящему договору, разрешаются по соглашению сторон с привлечением при необходимости независимых экспертов.

8.7. Претензионный порядок разрешения споров желателен для обеих сторон, при этом Пациент вправе решить спор в судебном порядке.

9. Порядок изменения и расторжения договора и процедура возврата денежных средств.

9.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

9.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

9.3. Пациент по письменному заявлению вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

9.4. Возврат денежных средств, при расторжении настоящего договора производится Плательщику в следующем порядке:

9.4.1. Пациент составляет письменное заявление о добровольном отказе от получения медицинских услуг.

9.4.2. Плательщик на основании заявления Пациента составляет письменное заявление на имя генерального директора ООО «Алёна-стоматологическая клиника» Макута Е.В. о расторжении настоящего договора и возврате денежных средств с учетом удержания суммы за фактически оказанные медицинские услуги, прилагая к своему заявлению фискальный чек (при его наличии), подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.

9.4.3. Возврат денежных средств, Плательщику производится в бухгалтерии учреждения при предъявлении паспорта.

9.4.4. Отказ или уклонение Пациента следовать определенным настоящим Договором условиям, рекомендациям, связанным с лечебным процессом, Исполнителя равносильно одностороннему расторжению настоящего Договора по инициативе Пациента (Плательщика).

9.4.5. Неоплата Услуги (или ее части) расценивается Сторонами как одностороннее расторжение договора.

9.4.6. В случае отказа Пациента (Плательщика) после заключения настоящего Договора от получения Услуг, указанных в Приложениях (либо в плане лечения), Договор расторгается. В случае отсутствия письменного отказа Пациента (Плательщика) от исполнения условий настоящего Договора Исполнитель информирует Пациента (Плательщика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента (Плательщика). При этом Пациента (Плательщика) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им (Исполнителем) расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9.4.7. Прекращение и расторжение Договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

10. Срок действия договора и другие условия.

10.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

10.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

10.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения.

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

11. Адреса и реквизиты сторон:

Я, {ФамилияИмяОтчество} подтверждаю, что до заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Я, {ФамилияИмяОтчество} согласен(на) получать приглашения на профилактические осмотры и лечение, информацию о проводимых в клинике акциях:

путем SMS – сообщений на мой телефон номер

электронной почтой на мой e-mail:

Исполнитель

ООО «Алена – стоматологическая клиника»
650070, г. Кемерово, ул. Тухачевского, д.47
ИНН 4205188382
ОГРН 1094205020854
КПП 420501001
тел/факс (384-2) 37-88-55
+7 906 977 88 55

Банковские реквизиты:

Филиала ПАО «БАНК УРАЛСИБ»
г. Новосибирск
БИК 045004725
р/с 4070 2810 8322 1000 1315
к/с 3010 1810 4000 0000 0725

Пациент (Плательщик)

{ФамилияИмяОтчество},
Паспорт: {СерияНомерПаспорта} выдан {ДатаВыдачи},
{Выдан}
{Адрес}

12. Подписи сторон:

Исполнитель

Генеральный
директор

Макута Е.В м.п.

Пациент (Плательщик)

Понимаем происходящее, подписание договора производится осознанно.
Вопросы, касающиеся проведения медицинских услуг и используемой
медицинской терминологии разъяснены

✓
(подпись)
{ФамилияИмяОтчество}

ООО "Алена стоматологическая клиника"

Приложение №1 к медицинской карте стоматологического больного № {НомерКарты} от « _____ » _____ 20 г.

Приложение №2К приказу МЗ РФ

От 20 декабря 2012г. №1177н

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

Я, {ФАМИЛИЯИмяОтчество}, {ДатаРождения} года рождения, зарегистрированный по адресу: {Адрес} 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью "Алена стоматологическая клиника"** (650004, г. Кемерово, ул. Гагарина, д. 49, тел (3842)49-29-49) Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

✓

(подпись)

{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Информированное согласие пациента на обработку персональных данных.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Алена стоматологическая клиника» (650004, г. Кемерово, ул. Гагарина, д. 49, тел (3842)49-29-49) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной {ФАМИЛИЯИмяОтчество}

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение, иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи

Срок, в течении которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

✓

(подпись)

{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. оператора)