

До заключения нижеизложенного договора, подтверждаю, что Исполнитель, в доступной форме, 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 моего здоровья, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий РФ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____/_____
Подпись Пациент ФИО

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Сочи

« ____ » _____ 20__ г.

Я,

(Ф.И.О. физического лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**», и Общество с ограниченной ответственностью «Медикус» (ООО «Медикус»), расположенное по адресу: Россия, 354340, г.Сочи, Адлерский район, ул.Демократическая, д.50/1, зарегистрированное межрайонной инспекцией федеральной налоговой службы России № 8 по Краснодарскому краю, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц № 1082317000512 от 04 марта 2008 года; лицензия № ЛО-23-01-012016 от 07 февраля 2018 года с приложениями на срок — бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице администратора клиники _____, действующего на основании доверенности от _____, далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Медикус» в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату и при наличии медицинских показаний.

2.2 Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента путем составления Предварительного плана лечения, являющегося приложением к настоящему договору, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с Предварительным планом лечения.

2.2 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору или после расторжения любой из Сторон в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

2.3. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и согласовывается сторонами устно или указывается в приложении к Договору - Предварительном плане (планах) лечения.

2.4. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения. Предварительный план может изменяться по согласованию Сторон и по медицинским показаниям. Первоначальный и последующие планы лечения хранятся в медицинской карте Пациента.

2.5. Услуги по данному договору могут быть оказаны без составления письменного предварительного финансового плана лечения (сметы), по объему и по стоимости согласованы между Исполнителем и Пациентом устно. Факт оказания Пациенту услуг означает его согласие на устное согласование сметы.

2.6. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился с прейскурантом Исполнителя, перечнем и стоимостью оказываемых услуг, положением о гарантиях, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания платных медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в ООО «Медикус».

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, плане лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия, или расторгнуть Договор по инициативе Пациента, при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья Пациента.

Исполнитель _____/

Пациент _____/

3.2 Пациент обязан:

- 3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятках пациента рекомендации и назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
- 3.2.2. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт выполненных услуг оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.
- 3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.
- 3.2.4. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением мед.помощи при угрожающих жизни состояниях).
- 3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.
- 3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.
- 3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг.
- 3.2.8. Посещать клинику Исполнителя в соответствии с рекомендациями лечащего врача для бесплатного планового профилактического осмотра.
- 3.2.9. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.
- 3.2.10. Оплатить все оказанные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3 Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.
- 3.3.2. Направлять Пациента, с его согласия, в другие медицинские организации или привлекать для консультаций или лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги в соответствии с Приложениями к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».
- 3.3.4. Расторгнуть данный Договор 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, а также в случае принятия Пациентом решения о частичном выполнении плана лечения.
- 3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг.
- 3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг, в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний для проведения соответствующего этапа лечения, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4 Пациент имеет право:

- 3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действиях лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.
- 3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по Договору.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг

- 4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя, действующему на день оплаты услуг, одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.
- 4.2 Пациент согласен оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме 80% стоимости таких услуг до начала их оказания. Услуги по анестезиологии и хирургической стоматологии Пациент согласен оплачивать в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме не менее 100% стоимости таких услуг до начала их оказания. Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания, после каждого посещения врача – по предварительной договоренности Сторон.
- 4.3. В процессе оказания медицинских услуг их стоимость и объем могут быть увеличены, в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть заранее.
- 4.4. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по прейскуранту, в процессе лечения, делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений и повторное согласование Сторонами. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения предоставляется не более чем на один этап лечения или не более чем на 4 месяца, только при внесении предоплаты в полном объеме за предполагаемые по плану лечения услуги.
- 4.5. При расторжении Договора, делается перерасчет за фактически оказанные услуги по ценам, действующим на момент перерасчета и возврат остатка аванса Пациенту в срок, не превышающий 30 рабочих дней с момента расторжения договора, с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.
- 4.6. При неоплате Пациентом стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

Исполнитель _____ /

Пациент _____ /

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована Сторонами при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявления претензий по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства третьих лиц в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а также после истечения сроков гарантии и сроков службы о вещественных результатов услуг, Исполнитель ответственность не несет.

5.3. Нарушения Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на лечебный прием, на профилактический или контрольный осмотр без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций лечащего врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Договора, являются основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам.

5.4. Пациент имеет право передавать свои полномочия по оплате услуг и подписанию приложений к Договору третьему лицу путем выдачи ему доверенности на данные действия в простой письменной форме (совершенной в присутствии администратора Исполнителя) или заверенной нотариально.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между Сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.3. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия Сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются Сторонами устно или письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Подписывая настоящий договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Подписывая настоящий договор, Пациент, для целей исполнения обязательств по настоящему Договору, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных", дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Медикус» своих персональных данных, включающих: полные реквизиты организации, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в ООО «Медикус», с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с «Положением о гарантиях»

8. Гарантийные обязательства

8.1. Исполнитель берет на себя гарантийные обязательства по оказанным платным медицинским услугам в соответствии с «Положением о гарантийных обязательствах при оказании платных медицинских услуг», утвержденным Исполнителем, в котором содержится полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы о вещественных результатов услуг и с которым Пациент ознакомлен на момент подписания Договора.

Исполнитель _____ /

Пациент _____ /

8.2. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т. п. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не о вещественные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг. Гарантийные обязательства на все оказанные платные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

8.3. Исходя из индивидуальных особенностей пациента и обстоятельств, гарантийный срок и срок службы могут быть изменены, либо детализированы, о чем Пациент дополнительно уведомляется при подписании акта выполненных работ.

9. Срок действия, изменения и расторжение Договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по Договору.

9.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9.3. Расторжение Договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе любой из Сторон на условиях, установленных настоящим Договором и нормами действующего законодательства.

9.4. Во всем, что не урегулировано условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются нормами действующего законодательства.

9.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, идентичных и имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. Реквизиты сторон:

Исполнитель:

ООО «Медикус»,

ИНН 2317050029, КПП 231701001

ОГРН 1082317000512

Адрес юридический и фактический:

Россия, 354340, Краснодарский край, г. Сочи,

ул. Демократическая, д. 50/1, литера Д, помещение 9.

р/с 40702810830060001798

к/с 30101810600000000602

БИК 046015602

в Юго-Западный Банк ПАО «Сбербанк России»

г. Ростов-на-Дону.

Пациент:

Ф.И.О. _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

Код подразделения _____

Адрес регистрации _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Адрес эл. почты _____

Телефон для связи (моб) _____

Доп. телефон для связи _____

_____/_____/_____
Подпись

_____/_____/_____
Подпись Ф.И.О.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(диагностика, профессиональная гигиена, анестезия)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", 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 _____

добровольно обращаюсь в ООО «Медикус» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и профессиональной гигиены полости рта.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (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) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, 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.

« ___ » _____ 201__ г.

Врач: _____ / Начарьян Д.Г./

Пациент _____ / _____

**СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных**

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)
паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Медикус», 354340, г.Сочи, ул.Демократическая, д.50/1, (далее — Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ДМС; сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Согласие получено _____ (подпись, Ф.И.О.) _____ (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____