

Настоящим я, **Иванов Иван Иванович**, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, запланированного графика посещений, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

дата заключения договора

✓ _____/Иванов И.И./

Настоящим я, **Иванов Иван Иванович**, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края.

дата заключения договора

✓ _____/Иванов И.И./

Настоящим я, **Иванов Иван Иванович**, даю согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) лицам, указанным в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных и данных о состоянии здоровья (факте обращения за медицинской помощью, жалобах пациента, о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи) работниками ООО «Клиника Прима Дент», как занимающимися профессионально медицинской деятельностью, так и не занимающимися профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, оформления актов оказанных услуг и первичных медицинских документов, справок об оплате медицинских услуг, их хранения.

дата заключения договора

✓ _____/Иванов И.И./

Договор на предоставление платных медицинских услуг № 00001

г. Ставрополь

дата заключения договора

Гражданин **Иванов Иван Иванович**, 19 сентября 1999 г. рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент» («Заказчик»), с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Прима Дент», ИНН-2634093520 ОГРН-1152651021159, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 26 № 004022535, выдано Межрайонной инспекцией ФНС №11 по Ставропольскому краю_19.08.2015г., Лицензия № ЛО-26-01-003400 выдана 27.01.2016г. Комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, на осуществление медицинской деятельности: на оказание медицинских услуг при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, с другой стороны именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача-стоматолога **Назарова Анастасия Анатольевна**, действующего на основании Устава, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Заказчика, при наличии медицинских показаний, оказать ему платные медицинские услуги, а Заказчик – принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки оказания медицинских услуг определяются сторонами в Предварительном плане лечения и/или наряде на стоматологическое лечение (план лечения/наряд на стоматологическое лечение), который составляется Исполнителем и/или его представителем (лечащим врачом) по согласованию с Заказчиком и подписывается в двух экземплярах в письменной форме Заказчиком и Исполнителем и/или уполномоченным представителем Исполнителя (лечащим врачом).

1.3. План лечения/наряд на стоматологическое лечение может изменяться с учетом уточненного диагноза по согласованию Сторон. План лечения/наряд на стоматологическое лечение и его возможные изменения являются неотъемлемой частью настоящего Договора и оформляются как Приложения к настоящему Договору. При изменении плана лечения/наряда на стоматологическое лечение по медицинским показаниям составляется новый план лечения/наряд на стоматологическое лечение, предыдущий план лечения/наряд на стоматологическое лечение в измененной части не исполняется.

1.4. Уполномоченный представитель Исполнителя (Лечащий врач соответствующего профиля) в целях оказания медицинских услуг по настоящему Договору выбирается Заказчиком с учетом согласия врача путем оформления записи на прием.

1.5. В случае замены лечащего врача по инициативе Исполнителя или Заказчика, Исполнителем назначается другой лечащий врач с учетом выбора Заказчика и согласия врача.

1.6. Сроки оказания медицинских услуг (выполнения конкретных медицинских вмешательств) определяются при условии, что Заказчик будет являться на приём в назначенное время и ресурсными возможностями Заказчика и Исполнителя. Сторонами согласовано, что в случае замены лечащего врача по причине указанной в п.1.5., сроки оказания услуг могут быть увеличены.

1.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что до заключения настоящего Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, «Положением о предоставлении гарантий в ООО «Клиника Прима Дент», со сроками оказания услуг, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами внутреннего распорядка для пациентов в клинике ООО «Клиника Прима Дент» и обязуется их соблюдать.

1.8. По окончании оказания медицинских услуг Исполнитель по требованию выдает Пациенту выписку из медицинской карты, отражающую состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг в течение 10 рабочих дней.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору является приблизительной и определяется исходя

Исполнитель: ____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ____/Иванов И.И./

из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги и оговаривается в Предварительном плане лечения/наряде на стоматологическое лечение. При изменении стоимости медицинских услуг, обусловленной изменением Исполнителем Прейскуранта на платные медицинские услуги, сторонами составляется новый план лечения/наряд на стоматологическое лечение, предыдущий план лечения в измененной части не исполняется.

2.2. В случае согласованного с пациентом изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по Прейскуранту на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по Предварительному плану/наряду на стоматологическое лечение сохраняется только при согласии Пациента на внесение 100% предоплаты за предполагаемые по плану лечения/наряду на стоматологические услуги и оплате этих услуг авансом.

2.3. Заказчик оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) по прейскуранту и согласно акту выполненных работ сразу (в день оказания услуги или её части) после исполнения услуги или её части. Заказчик по желанию может оплатить медицинские услуги при заключении настоящего договора в полном объеме или внести аванс.

2.4. Оплата медицинских услуг осуществляется путём внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Исполнителя, либо, при наличии технической возможности, в электронном виде через платежный терминал банка по пластиковой карте, либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, либо иным, не запрещённым законом способом.

2.5. При оказании ортопедического и хирургического (имплантации) лечения Заказчик, по обоюдному согласию сторон, вносит предоплату за расходные материалы, которые будут использованы в процессе оказания медицинских услуг, в размере 50% от суммы, указанной в Предварительном плане лечения. Оставшуюся сумму Заказчик по обоюдному согласию вносит не позднее дня приёма работы Исполнителя, до окончательной фиксации работы или проведения операции имплантации в полости рта Заказчика.

2.6. При оказании ортодонтического лечения Заказчик, по обоюдному согласию сторон, вносит предоплату в размере 50% от суммы, указанной в Предварительном плане лечения в день фиксации брекет-системы или в день снятия оттисков для изготовления съёмных ортодонтических аппаратов. Оставшуюся сумму при лечении на брекет-технике Заказчик обязан вносить равными долями в течение последующих 6 (шести) месяцев лечения. Оставшуюся сумму при лечении на съёмных ортодонтических аппаратах Заказчик обязан внести не позднее дня приёма работы Исполнителя, до окончательной фиксации аппарата во рту Пациента.

2.7. В случае досрочного расторжения настоящего Договора (отказ от получения услуг) по инициативе Заказчика уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Заказчику с удержанием фактически понесённых затрат в течение 10 рабочих дней.

2.8. Заказчик информирован, понимает и соглашается, что при длительном его отсутствии (более 30 календарных дней) зубы могут изменить своё положение, ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая/ортодонтическая конструкция может быть неприменима для использования и будет подлежать переделке. В этом случае ортопедическое/ортодонтическое лечение проводится только после полной повторной оплаты всей работы.

2.9. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат.

2.10. Оказание медицинских услуг подтверждается актом об оказанных услугах, который

Исполнитель: ____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ____/Иванов И.И./

подписывается сторонами в двух экземплярах по одному для каждой из сторон. Если Заказчик отказывается подписывать акт выполненных работ без предоставления мотивированного возражения в письменном виде, то оказанные услуги считаются принятыми.

3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке Внутренним положением «О стандартах медицинской стоматологической помощи и порядках оказания медицинской помощи» в ООО «Клиника Прима Дент»

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах: - в полном объеме стандарта медицинской помощи; - по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации (лицензия и другие необходимые документы).

3.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.6. Рекомендации лечащего врача и медицинских работников до, во время и после выполнения медицинского вмешательства предоставляются лично Заказчику (Законному представителю). Общие рекомендации в доступной форме размещаются Исполнителем на информационных стендах и на официальном сайте ООО «Клиника Прима Дент» в сети Интернет.

3.7. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006), а также с действующими в ООО «Клиника Прима Дент»: Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке; Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «Клиника Прима Дент»; Правилами поведения пациента в ООО «Клиника Прима Дент»; Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических медицинских услуг ООО «Клиника Прима Дент»;

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

4.1. Исполнитель обязуется:

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

4.1.1. Провести качественное обследование полости рта Заказчика, и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методов лечения.

4.1.2. В доступной форме информировать Заказчика о выявленном состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Заказчика на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п.п.1.1. и 1.2 настоящего Договора с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов, оборудования, в установленный срок.

4.1.4. Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора, порядками, правилами оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.1.5. Предоставить Заказчику достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком, а также врачебную тайну.

4.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечить её учет и хранение в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Самостоятельно определить характер и объем диагностических и лечебных мероприятий для Заказчика, с учётом медицинских показаний и противопоказаний. В случае возникновения неотложных состояний, Исполнитель самостоятельно определяет объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

4.2.2. Менять план лечения и стоимость медицинских услуг с обязательным согласованием его с Заказчиком.

4.2.3. Требовать у Заказчика получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

4.2.4. Приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций, требований лечащего врача и/или в случае несвоевременной оплаты услуг (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям).

4.2.5. Отказать в приеме Заказчику в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; если действия угрожают жизни и здоровью персонала; требования услуг, которые не входят в план лечения/наряд на стоматологическое лечение; явке на прием несовершеннолетнего пациента (ребенка) без сопровождения одного из родителей и/ или законного представителя; опоздания на прием более 15 минут.

4.2.6. Исполнитель имеет право расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Заказчика, в случае нарушения Заказчиком правил поведения пациента в ООО «Клиника Прима Дент» и режима лечения, в случае неоднократной неявки Заказчика на приём без предварительного уведомления Исполнителя не менее, чем за 6 рабочих часов (рабочие часы с 08.00 и до 20.00) до назначенного времени приёма.

4.2.7. Изменять с согласия Заказчика по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость оказания платных медицинских услуг.

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

4.2.8. Направлять Заказчика, с его согласия, в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

4.2.9. Направить Заказчика, с его согласия, к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

4.3. Заказчик обязуется:

4.3.1. Оказывать Исполнителю содействие в оказании медицинских услуг в следующем объеме и порядке:

а) являться на прием к лечащему врачу в назначенное время.

б) несовершеннолетний пациент (ребенок) должен являться на приём строго в сопровождении одного из родителей и/или законного представителя.

в) заблаговременно, не позднее, чем за 6 рабочих часов (рабочие часы с 08.00 и до 20.00) до начала приема, предупредить по телефону (8652) 29-21-12 или (8652) 29-37-87 администратора клиники о невозможности явки на прием в назначенное время.

г) сообщить Исполнителю путем заполнения анкеты здоровья все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. о беременности (для женщин), о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечнососудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.) и иных факторах которые могут повлиять на ход лечения, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контактах с инфекционными больными.

д) предоставлять по требованию Исполнителя медицинские документы, результаты обследований, для установления правильного диагноза и лечения.

4.3.2. Строго соблюдать и выполнять установленные лечащим врачом профилактические и лечебные мероприятия, указания (рекомендации).

4.3.3. Немедленно, т.е. в течение 2-3 рабочих часов (рабочие часы с 08.00 до 20.00), известить Исполнителя и/или уполномоченного представителя Исполнителя (лечащего врача) о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

4.3.4. Заказчик обязан заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять указания и рекомендации лечащего врача Исполнителя, соблюдать режим лечения, сроки профилактических осмотров, и правила поведения пациентов в ООО «Клиника Прима Дент».

4.3.5. Выполнять условия предоставления гарантийного срока и срока службы.

4.4. Заказчик имеет право на:

4.4.1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; 4.4.2. обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; 4.4.3. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; 4.4.4. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными Исполнителю способами и средствами; 4.4.5. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; 4.4.6. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства; 4.4.7. получение информации об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1. Стороны несут ответственность друг перед другом в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после его заключения в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами. К таким событиям чрезвычайного характера относятся стихийные бедствия, военные действия и иные обстоятельства непреодолимой силы.

5.3. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком в случае:

5.4.1. Возникновений осложнений по вине Заказчика: не соблюдения гигиены полости рта, не выполнения рекомендаций, предписаний врача, несвоевременном сообщении об ухудшении здоровья, возникновения аллергии или непереносимости препаратов и медицинских материалов, разрешенных к применению, при самостоятельном приеме (или неправильном приеме) Пациентом лекарственных препаратов или(и) самолечении Заказчиком.

5.4.2. Возникновения осложнений при получении медицинских услуг в другом лечебном учреждении.

5.4.3. Несообщения Заказчиком или предоставления недостоверной информации о перенесенных или имеющихся заболеваниях, Исполнитель снимает с себя ответственность, а Заказчик несет ответственность в установленном законодательством порядке.

5.4.4. Неблагоприятного исхода болезни, если действия Исполнителя и/или его представителей были правильными, если Исполнитель сделал все, что следовало сделать в данной ситуации.

5.4.5. Если Исполнитель и/или его представитель не мог предвидеть, что его действия являются неправильными и при объективно неправильных действиях не наступили вредные последствия, и/или же отсутствует причинная связь между неправильными действиями Исполнителя и/или его представителя и наступившими неблагоприятными последствиями.

5.5. Заказчик несет ответственность за нарушение условий настоящего договора в следующем порядке:

5.5.1. В случае неявки Заказчиком без уважительной причины или без предварительного уведомления о невозможности явки на прием, Исполнитель имеет право требовать от Заказчика возмещения упущенной выгоды, вызванную простоем, в размере 1000 (Одна тысяча) рублей за 1 час простоя.

5.5.2. В случае нарушения сроков оплаты за оказанные услуги Исполнитель имеет право потребовать с Заказчика оплаты пени в размере 1% от суммы долга за каждый день просрочки, а Заказчик обязан заплатить сумму пени.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

6.1. Заказчик дает согласие на обработку его персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных (о состоянии здоровья) в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

6.2. Исполнитель обязуется не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные Заказчика, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Заказчика, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

7. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

7.1. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям настоящего договора, требованиям порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, а также иным обязательным требованиям.

7.2. Критериями качества предоставляемых Исполнителем медицинских услуг являются:

Критерии качества пломб:

- Цвет пломбы визуально не отличается или незначительно отличается на 1-2 тона от цветовой гаммы зуба; - Пломба закрывает дефект твердых тканей зуба; - Краевое прилегание пломбы к тканям зуба плотное, щель визуально не обнаруживается; - Поверхность пломбы плотная, гладкая, ровная; - Пломба не мешает смыканию зубов антагонистов.

Критерии качества непрямой реставрации:

- Цвет непрямой реставрации визуально не отличается или незначительно отличается на 1-2 тона от цветовой гаммы зуба; - Форма непрямой реставрации соответствует форме зуба; - Краевое прилегание непрямой реставрации к тканям зуба плотное, щель визуально не обнаруживается; - Поверхность непрямой реставрации плотная, гладкая, ровная, блестящая; - Непрямая реставрация не мешает смыканию зубов антагонистов.

Критерии качества пломбирования каналов:

- На контрольной рентгенограмме в хорошо проходимых каналах прослеживается плотный материал на всем протяжении канала(ов), апекс obturated до физиологической верхушки (1-2 мм менее рентгенологического апекса) или с незначительным выведением материала за верхушку.

Критерии качества металлокерамической коронки:

- Цвет металлокерамической коронки соответствует или отличается на 1, 2 тона от цвета зубов; - Форма металлокерамической коронки воспроизводит анатомическую форму зуба; - Металлокерамическая коронка не мешает смыканию зубов.

Критерии качества цельнокерамической коронки:

- Цвет цельнокерамической коронки повторяет цвет зубов; - Форма цельнокерамической коронки воспроизводит анатомическую форму зуба; - Цельнокерамическая коронка не мешает смыканию зубов.

Критерии качества съемного пластмассового протеза:

- Цвет искусственных зубов согласован с пациентом; - Гладкий, отполированный протез с внешней стороны; - Цвет базиса может отличаться от цвета слизистой полости рта; - Удовлетворительная фиксация при наличии условий (глубокое преддверие полости рта, отсутствие коротких уздечек губы, отсутствие тяжелой, выраженный альвеолярный гребень).

Критерии качества съемного бюгельного протеза: Цвет искусственных зубов согласован с пациентом; - Гладкий, отполированный протез с внешней стороны; - Цвет базиса может отличаться от цвета слизистой полости рта; - Удовлетворительная фиксация при наличии условий (глубокое преддверие полости рта, отсутствие коротких уздечек губы, отсутствие тяжелой, выраженный альвеолярный гребень).

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

Критерии качества культевой вкладки:

- Плотное прилегание к зубу;
- Восстановление культы зуба.

Критерии качества имплантации зубов:

- Имплантат погружен в костную ткань; - Имплантат погружен в собственную и/или искусственную костную ткань при костной пластике.

Критерии качества ортодонтического лечения:

- Зубы стоят ровно в зубном ряду, т.е. оси зубов совпадают с осью жевательной нагрузки; - Центральная линия на верхней и нижней челюсти совпадает или не совпадает максимум до 7 мм. Общими критериями качества медицинской услуги являются восстановление естественной формы зуба, восстановление функции зуба (измельчение и пережевывание пищи).

7.3. Медицинские услуги, к качеству которых настоящим договором не установлены критерии, должны соответствовать требованиям, обычно предъявляемым к услугам соответствующего вида.

8. УСЛОВИЯ ГАРАНТИИ.

8.1. На материальный результат оказанных медицинских услуг Исполнитель устанавливает гарантийный срок и срок службы. Условия предоставления гарантийного срока и срока службы, ориентировочные сроки и порядок их исчисления, объем гарантийных обязательств, установленных Исполнителем определены в принятом им Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических медицинских услуг ООО "Клиника Прима Дент", с которым Заказчик ознакомлен до заключения настоящего договора.

8.2. После оказания медицинских услуг пациенту выдается на руки Гарантийный Талон, где указываются гарантийные сроки и сроки проведения профилактических мероприятий.

8.3. Исполнитель предоставляет гарантии при условии соблюдения всех рекомендаций, предписаний врача и прохождения периодических профилактических осмотров и профессиональной гигиены полости рта не реже одного раза в шесть месяцев и других мероприятий.

8.4. Гарантийный срок и срок службы на материальный результат оказанных медицинских услуг в сложных клинических ситуациях устанавливает врач в зависимости от клинической ситуации и примененных материалов. По истечении гарантийного срока и/или срока службы на материальный результат Заказчику необходимо явиться к Исполнителю на осмотр, во время которого врач, исходя из сложившейся клинической ситуации, предоставляет Заказчику дальнейшие рекомендации.

8.5. Гарантия не распространяется или прекращается в случаях:

- неявки Заказчика на периодический профилактический осмотр;
- переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим Заказчиком;
- на случаи последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (ушиб и вывих зубов, перелом зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжёлые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.), аллергической реакции, в том числе на используемые материалы, разрешенные для применения в Российской Федерации;
- преднамеренной или случайной порчи конструкции, на случаи потери конструкции (в том числе случайного проглатывания), поломки конструкции в результате неправильной эксплуатации или несчастного случая, действий третьих лиц.

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

9.1. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Заказчика в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство является подтверждением предоставления Исполнителем необходимой и достоверной информации о состоянии здоровья, о медицинских услугах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах оказанной медицинской помощи;

9.2. Настоящий Договор действует 1 год со дня его подписания. По истечении срока действия настоящего договора при условии надлежащего исполнения сторонами обязательств и отсутствии уведомления сторон о расторжении, договор считается пролонгированным (продленным) на неопределенный срок.

9.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

9.4 Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке настоящий Договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив фактически понесенные Исполнителем расходы согласно акту выполненных работ.

9.5. Всекие изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

9.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу. Договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

9.7. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, разрешаются путём переговоров между сторонами. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов для участия в заседании врачебной комиссии по месту нахождения Исполнителя. О дате и времени рассмотрения претензии врачебной комиссией Заказчик уведомляется предварительно по телефону или иным доступным способом. В случае неявки Заказчика или его представителя на заседание врачебной комиссии, претензия подлежит рассмотрению врачебной комиссией без их участия. Срок ответа на претензию 10 (десять) календарных дней. При не урегулировании сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

9.8. С целью контроля качества в ООО «Клиника Прима Дент» во время приема пациентов идет фото и видеосъемка приема. Подписывая договор, Пациент дает согласие на проведение фото и видеосъемки приема и на публикацию результатов съемки на конференциях в профессиональных сообществах, использовании материалов фото и видеосъемки в целях продвижения клиники без указания персональных данных пациента и без демонстрации лица пациента.

9.9. Для более быстрого обмена информацией между пациентом, исполнителем или лабораторией сторонней организации, в которой могут проводиться дополнительные виды исследований, может потребоваться пересылка информации и результатов обследования по электронной почте. Подписывая договор, Пациент соглашается на отправку данной информации по электронной почте.

9.10. Слепки и модели Пациента хранятся в клинике в течение 24 часов, после чего утилизируются, согласно правилам СанПиНа, в связи с чем не могут быть выданы на руки пациенту в более поздние сроки.

9.11. Для улучшения качества медицинской помощи в ООО «Клиника Прима Дент», для контроля качества, для ознакомления пациентов с новыми методами лечения и диагностики, для напоминаний о приемах, в том числе и профилактических осмотрах, Пациент дает разрешение на звонки сотрудников на его личный телефон, а так же получение информации по другим каналам, включая электронную почту.

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

9.12. С момента подписания настоящего договора все ранее заключенные договора возмездного оказания медицинских услуг считаются расторгнутыми, за исключением составленных ранее и подписанных Заказчиком планов лечения, которые подлежат исполнению в рамках действия настоящего договора.

9.13. Ни одна из сторон не имеет права передавать права и обязанности по данному Договору без письменного разрешения одной из сторон, кроме как в случаях, конкретно указанных в данном Договоре.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Врач-стоматолог: Назарова Анастасия
Анатольевна,**

Стоматологическая клиника

ООО «Клиника Прима Дент»

г. Ставрополь, ул. Ленина, дом 74/17

тел. 29-21-12, 29-37-87

ИНН 2634093520

р/с 40702810317100030525

в банке ПАО АКБ «Авангард»

БИК 044525201

к/с 3010181000000000201

КПП 263401001

Подпись _____

ЗАКАЗЧИК:

Заказчик: Иванов Иван Иванович

Паспорт номер, серия, кем и когда выдан,

**Проживающий(ая) Адрес прописки и места
проживания**

Тел.: +79999999999

Подпись ✓ _____

Положение о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских услуг (Далее - положение о гарантиях) в ООО "Клиника Прима Дент"

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. Настоящее Положение вместе с Договором на оказание платных стоматологических услуг, Приложениями к договору, другими договорами и локальными актами, регулирует гарантийные обязательства и обязательства по срокам службы Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Прима Дент», ИНН-2634093520 ОГРН-1152651021159, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 26 № 004022535, выдано Межрайонной инспекцией ФНС №11 по Ставропольскому краю_19.08.2015г., Лицензия № ЛО-26-01-003400 выдана 27.01.2016г. Комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, на осуществление медицинской деятельности: на оказание медицинских услуг при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической (далее Клиника») перед Пациентом при оказании платных стоматологических услуг.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, законом «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"), Федеральным законом N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ.

2.1. Гарантии устанавливаются в виде гарантийного срока и срока службы на стоматологические услуги (работы), имеющие материальный результат (пломба, винир, зубная коронка, восстановление зуба, зубные протезы, ортодонтические аппараты после снятия брекет-системы и т.д.)

2.2. Гарантийный срок – это период бесплатного устранения доктором (клиникой) устранимых недостатков – мелких дефектов, выявленных после лечения и возникших не по вине пациента.

2.3. Срок службы – это период, в течение которого исполнитель обязуется обеспечивать пациенту возможность использования результата услуги по назначению и нести ответственность за существенные недостатки, возникшие после лечения не по вине пациента.

2.4. Недостаток – это несоответствие оказанной стоматологической услуги обязательным медицинским требованиям и технологиям, возможность возникновения которого не была заранее оговорена с Пациентом в Информированном добровольном согласии.

2.5. Существенный недостаток - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно в течение срока службы, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки.

Ознакомлен и согласен:

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

2.6. Безопасность услуги – безопасность услуги для жизни и здоровья потребителя при обычных условиях ее использования, а также безопасность процесса оказания услуги.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ И ПАЦИЕНТА.

3.1. В обязательном порядке, во всех случаях оказания стоматологической помощи нашим пациентам безусловно гарантируется: предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья пациента (с учетом их права и желания получать таковую по доброй воле); проведение консультаций и консилиума врачей; проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи; учет показателей общего здоровья пациента при осуществлении диагностических, лечебных и профилактических мероприятий врачами всех специальностей; составление рекомендуемого (предлагаемого) плана лечения; безопасность лечения – обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий и использованием разрешенных к применению технологий и материалов; точная диагностика, достигаемая наличием должного профессионального уровня специалистов, современных диагностических средств и данных дополнительных обследований; тщательное соблюдение протоколов лечения; применение технологически безопасных, разрешенных Минздравом РФ материалов, не утративших срока годности; проведение регулярных контрольных и профилактических осмотров с частотой, определяемой врачом, но не реже, чем один раз в полгода; динамический контроль процесса и результатов лечения согласно рекомендациям СтАР; мероприятия по устранению или снижению степени осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после лечения.

3.2. В случае выявления любых недостатков к оказанным медицинским услугам пациент должен обратиться в регистратуру Клиники, изложить суть замечаний и записаться на бесплатный прием к лечащему врачу.

3.3. Устранение недостатков в течение гарантийного срока производится бесплатно для пациента.

3.4. Устранение существенных недостатков в течение срока службы производится бесплатно для пациента.

3.5. На отдельные виды стоматологических услуг (работ), в виду отсутствия материального результата работы или из-за того, что на материальный результат работы оказывает значительное влияние сложное анатомическое строение, физиологические процессы организма и другие биологические факторы, которые не зависят от профессионализма врача и поведения самого пациента, установить гарантийные сроки и сроки службы не представляется возможным, а именно: обработка и пломбирование корневых каналов; профессиональная гигиена полости рта; результат ортодонтического лечения; результат хирургических операций (удаление зуба, резекция верхушки корня, цистэктомия и другие зубосохраняющие операции, операция установки дентального имплантата, пластические операции десны, костной ткани, открытый и закрытый синус-лифтинг, операция удлинения клинической высоты коронки зуба, все хирургические манипуляции по поводу воспалительных процессов челюстно-лицевой области и другие хирургические манипуляции); лечение воспаления десны и окружающих зуб тканей (гингивит, пародонтит); отбеливание зубов.

Ознакомлен и согласен:

Исполнитель: ____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ____/Иванов И.И./

3.6. Гарантийные сроки на ортопедические, терапевтические услуги устанавливаются в размере одной недели в следующих случаях: на установку временных ортопедических конструкций; при желании Пациента выполнить работу по определенной им схеме и (или) при наличии медицинских противопоказаний к выполнению определенных видов протезирования; установка временной пломбы.

3.7. Гарантийные сроки и сроки службы на ортодонтическое лечение устанавливаются в размере одной недели в следующих случаях: на наклейку брекетов. На результат ортодонтического лечения гарантия не выдается.

3.8. В случаях, когда особенности организма пациента, в т.ч. состояния его ротовой полости, не позволяют быть уверенным в прогнозе, может быть установлен сокращенный гарантийный срок на стоматологические услуги, который отражается в Гарантийном Талоне или Информированном добровольном согласии на медицинскую услугу, в том числе: при наличии подвижности зубов; при наличии сопутствующего заболевания: гингивит, пародонтит, пародонтоз. Обязательным условием предоставления гарантии в этом случае является проведение курса профессиональной гигиены 4 раза в год. Гарантийный срок устанавливает врач в зависимости от степени тяжести заболевания десен.

4. ИСЧИСЛЕНИЕ СРОКА ГАРАНТИИ И СРОКА СЛУЖБЫ

4.1. Гарантийный срок (срок службы) исчисляется с момента оказания услуги, то есть с момента передачи результата услуги Пациенту и подписания Акта оказанных услуг.

4.2. Срок гарантии (срок службы) не возобновляется при коррекции протезов в процессе использования.

5. СНИЖЕНИЕ ГАРАНТИЙНОГО СРОКА, СРОКА СЛУЖБЫ

5.1. Возможные причины возникновения недостатков услуг в период гарантийного срока (срока службы): влияние явных и вероятных общих заболеваний потребителя на течение стоматологических проблем (обменные нарушения и системные заболевания); снижение иммунологической реактивности организма потребителя (пациента), в том числе проявляющееся частыми инфекционными заболеваниями; прием гормональных психотропных, наркотических, кислотосодержащих препаратов; невыполнение рекомендаций врача, направленных на укрепление эмали зубов, нормализацию состояния десен; самолечение стоматологических заболеваний (применение средств гигиены, процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом); нарушение правил пользования и ухода за зубными протезами.

5.2. При неудовлетворительной гигиене полости рта (гигиенический индекс «ГИ», определяемый врачом, ГИ больше 1,5) срок гарантии (срок службы) уменьшается на 50%.

5.3. При показателе КПУ (кариозно-пораженные, пломбированные, удаленные зубы) = 7-10 срок гарантии (срок службы) снижается на 30%.

5.4. При КПУ более 10 сроки гарантии и сроки службы снижаются на 50%.

Ознакомлен и согласен:

Исполнитель: ____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ____/Иванов И.И./

5.5. Гарантийные сроки и сроки службы снижаются на 50 % в случае бруксизма, мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, а так же при неврологических и психических заболеваниях.

5.6. Проценты снижения гарантийного срока и срока службы не суммируются. При расчете гарантийного срока и срока службы выбирается наибольший процент снижения из всех возможных.

6. ОТМЕНА ГАРАНТИЙНОГО СРОКА И СРОКА СЛУЖБЫ.

6.1. Гарантии и срок службы не распространяются на следующие случаи: Пациент в процессе лечения, или в течении срока гарантии (срока службы) обратился за стоматологической помощью в любое другое медучреждение. Исключение составляют те случаи, когда Пациент вынужден был срочно обратиться за помощью, находясь в другом городе. Подобные случаи пациент обязан подтверждать выпиской амбулаторной карты того лечебного учреждения, куда он обращался за помощью. Без документального подтверждения неотложного лечения гарантия и срок службы отменяются; Пациент в процессе лечения, или в течении срока гарантии (срока службы), установленного настоящим Положением самостоятельно пытался устранить выявленные недостатки; Пациент по неважным причинам, не предупредив лечащего врача, пропустил сроки очередной явки на приём к врачу; Пациент настаивает на нежелательном, с точки зрения врача, методе лечения, конструкции протеза или применения материала (медикамента); Пациент не соблюдает рекомендации лечащего врача по проведению необходимых мероприятий по уходу за состоянием полости рта, а именно: не является на профилактические осмотры, профессиональную гигиену полости рта один раз в шесть месяцев (или при пародонтите один раз в три месяца), не соблюдает рекомендации по уходу за протезами, имплантатами, коронками, мостовидными протезами и т. д. и рекомендации по домашней гигиене; Если после лечения в период действия гарантий у Пациента возникнут (проявятся) заболевания или физиологические состояния, которые способны негативно повлиять на достигнутые результаты (возникновение сопутствующих заболеваний или воздействие вредных факторов окружающей среды, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, травмы челюстно-лицевой области и опорно-двигательной системы, черепно-мозговые травмы).

6.2. В случае несоблюдения Пациентом указанных в настоящем разделе требований, Пациент лишается права гарантийных обязательств (обязательств по срокам службы) по оказанным услугам.

7. ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ И СРОКИ СЛУЖБЫ.

7.1. Гарантийные сроки (сроки службы) на стоматологические услуги по терапевтической стоматологии:

Наименование.	Срок гарантии.	Срок службы.
Пломба из стеклоиономерного цемента 1,6 класс по Блэку.	10 месяцев	12 месяцев
Пломба из стеклоиономерного цемента 2 класс по Блэку.	9 месяцев	10 месяцев
Пломба из стеклоиономерного цемента 3,4 класс по Блэку.	1 неделя	1 неделя
Пломба из стеклоиономерного цемента 5 класс по Блэку.	9 месяцев	10 месяцев
Временная пломба	1 неделя	3 недели

Ознакомлен и согласен:

Исполнитель: _____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ _____/Иванов И.И./

Наименование.	Срок гарантии.	Срок службы.
Пломба из композита светового отверждения (любая поверхность)	12 месяцев	14 месяцев
Виниры композитные не прямые.	8 месяцев	10 месяцев
Вкладки композитные не прямые.	12 месяцев	14 месяцев

Данные сроки рекомендованы для пациентов с единичным кариесом и множественным стабилизированным или при медленно текущем процессе. При КПУ зубов 7-10 – сроки снижаются на 30%. При КПУ >10 – сроки снижаются на 50%. При неудовлетворительной гигиене полости рта (ГИ >2) – сроки уменьшаются на 50%.

7.2. Гарантийные сроки (сроки службы) на стоматологические услуги по ортопедической стоматологии:

Наименование.	Срок гарантии.	Срок службы.
Частичный и полный съёмный пластиночный протез временный.	6 месяцев	6 месяцев
Частичный и полный съёмный пластиночный протез постоянный	12 месяцев	14 месяцев
Временный мостовидный протез	1 неделя	1 неделя
Постоянный мостовидный протез (из любого материала, за исключением пластмассы, металлопластмассы, композита)	12 месяцев	14 месяцев
Бюгельный протез	12 месяцев	14 месяцев
Временные коронка, винир, вкладка, накладка.	1 неделя	1 неделя.
Постоянная коронка, винир, вкладка, накладка (из любого материала, за исключением пластмассы, металлопластмассы, композита)	12 месяцев	14 месяцев
Починка всех видов съёмных протезов	1 месяц	1 месяц
Имплантат дентальный (Клиника не гарантирует 100%-е приживление имплантата, в связи с физиологической особенностью организма, но гарантирует, что имплантат сертифицирован и разрешен для оборота в РФ)	1 год	2 года

Ознакомлен и согласен:

Исполнитель: ____/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ____/Иванов И.И./

Наименование.	Срок гарантии.	Срок службы.
Временное протезирование на имплантатах	1 месяц	1 месяц
Постоянное протезирование на имплантатах (из любого материала, за исключением пластмассы, металлопластмассы, композита). Гарантия выдается только на ортопедическую конструкцию на имплантате, на сам имплантат – смотреть выше, на устойчивость, интеграцию имплантата гарантия не выдается, см. пункт 3.5. настоящего Положения	12 месяцев	14 месяцев

7.3. В период срока гарантии (срока службы) перебазировка ортопедических конструкций осуществляется на возмездной основе.

7.4. Временные ортопедические конструкции обязательно должны быть заменены на постоянные согласно врачебным рекомендациям в течение одного года (не учитывается время выполнение работы в зуботехнической лаборатории). Если по вине Пациента (по различным причинам) временные конструкции не заменены на постоянные в течение одного года, то гарантийный срок (срок службы) аннулируется.

7.5. Указанные выше сроки гарантии и сроки службы не распространяются на матрицы замковых креплений.

7.6. При неудовлетворительной гигиене полости рта (ГИ>2) – сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются на 50%.

7.7. Гарантийные сроки и сроки службы по ортодонтии:

Наименование.	Срок гарантии.	Срок службы.
Наклейка брекета(ов) (гарантия выдается только на саму наклейку, а не на результат лечения. При потере брекета или поломке, гарантия на сам брекет не распространяется, и брекет приобретается за счет пациента)	1 неделя	1 неделя.
Несъемный проволочный ретейнер	6 месяцев	8 месяцев
Съемный постортодонтический ретенционный аппарат	6 месяцев	8 месяцев
Съемные одно и двухчелюстные аппараты	4 месяца	6 месяцев
Вестибулярная пластинка	4 месяца	6 месяцев
Миобрейсы (на все миобрейсы, которые используются в период лечения)	1 месяц	1 год 6 месяцев

Гарантийные сроки согласованы:

Врач: Назарова Анастасия Анатольевна,

Пациент: Иванов Иван Иванович

Подпись _____

Подпись ✓ _____

**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, **Иванов Иван Иванович**, 19 сентября 1999 г. рождения, зарегистрированный по адресу: **Адрес прописки и места проживания**, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 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 «Клиника Прима Дент».

Врачом-стоматологом **Назарова Анастасия Анатольевна** в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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 г. № 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),

Дата заключения договора

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

Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Врач: Назарова Анастасия Анатольевна _____

Пациент: Иванов Иван Иванович _____

Стоматологическая клиника ООО «Клиника Прима Дент» строго руководствуется:

- Федеральным законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Закон РФ от 7 февраля 1992г. N 2300-1 "О защите прав потребителей"

•□□□□□□□□□□ Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на выполнение медицинского вмешательства (диагностических исследований, осмотра)

г. Ставрополь

дата заключения договора

Я, нижеподписавшийся(аяся), **Иванов Иван Иванович**, обратился(лась) в стоматологическую клинику ООО «Клиника Прима Дент» за консультацией, по моему добровольному желанию согласен(на), чтобы мне провели все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с постановкой диагноза. Я получил от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем осмотре и лечении.

Уполномочиваю врача-стоматолога Назарова Анастасия Анатольевна, провести осмотр моей полости рта, провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с постановкой диагноза.

Я информирован(-а) о характере предстоящей консультации и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений: в процессе осмотра полости рта и зубов, височно-нижнечелюстных суставов, мышц, возможны неприятные и болезненные ощущения, при установке губного ретрактора возможно появление трещин слизистой полости рта и красной каймы губ, в углах рта.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я уполномочиваю врача принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я проинформирован(-а) об альтернативах клинической консультации и о невозможности поставить диагноз и составить план лечения/протезирования без клинического осмотра, и других необходимых диагностических исследований и мероприятий.

Я также ознакомлен(-а) с планом предстоящей консультации.

Мне известно, что во время диагностики и лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценной диагностики и лечения.

Мне было сообщено, что в ходе диагностики возможно будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невралгия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица), эмфизема.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемой диагностики и медицинского вмешательства, включая осложнения.

Я заявляю, что изложил(-а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное, имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(-а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я сообщил(а) о своем физическом и душевном здоровье полную и достоверную информацию.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** медицинского вмешательства и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Дополнительных условий мною не выдвигается. Расширенных требований не имею.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Я принимаю решение и даю согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях.

Врач: Назарова Анастасия Анатольевна,

Пациент: Иванов Иван Иванович

Подпись _____

Подпись ✓ _____

Анкета здоровья пациента. Иванов Иван Иванович от «дата заключения договора»

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью той информации, которой должен располагать Ваш лечащий врач, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья. Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

Анкета заполняется пациентом лично или его Законным представителем.

1. Когда последний раз Вы обращались к стоматологу? _____

2. Что вы используете для ухода за полостью рта?

2.1. Зубную щетку: утром _____, вечером _____;

2.2. Другие средства: _____

3. Были ли у Вас аллергические реакции? _____

3.1. Если «Да», то на что именно: _____

3.2. И какие проявления аллергии были: _____

4. Были ли у Вас сердечно-сосудистые заболевания? _____

4.1. Если «Да», то какие именно? _____

- 4.2. Какие препараты принимаете в настоящее время? _____
5. Есть ли у Вас гипертония или гипотония? _____
- 5.1. Если «Да», то какие препараты принимаете в настоящее время? _____
- 5.2. Если «ДА», то какое у Вас обычно артериальное давление при хорошем самочувствии? _____
6. Есть ли у Вас заболевания крови? _____
- 6.1. Если «ДА», то какое именно? _____
- 6.2. Какой препарат постоянно принимаете? _____
7. Есть ли у Вас заболевание печени и желчевыводящих путей? _____
- 7.1. Если «ДА», то какое именно? _____
- 7.2. Какой препарат постоянно принимаете? _____
8. Был ли у Вас вирусный гепатит? _____ Какой именно? _____
9. Есть ли у Вас заболевание почек? _____
- 9.1. Если «ДА», то какое именно? _____
10. Есть ли у Вас сахарный диабет? _____ Какого типа? _____
11. Есть ли у Вас заболевание щитовидной железы? _____
- 11.1. Если «ДА», то какое именно? _____
- 11.2. Какой препарат постоянно принимаете? _____
12. Есть ли у Вас эпилепсия? _____
- 12.1. Если «ДА», то что вызывает приступ? _____
- 12.2. Сколько раз в год бывают приступы? _____
- 12.3. Когда был последний приступ? _____
- 12.4. Какой препарат постоянно принимаете? _____
13. Есть ли у Вас заболевания психической сферы? _____
- 13.1. Если «ДА», то какое именно? _____
- 13.2. Какой препарат постоянно принимаете? _____
14. Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты? _____
- 14.1. Если «ДА», то какое именно? _____
- 14.2. Какой препарат постоянно принимаете? _____
15. Заболевания позвоночника: радикулит, остеохондроз, межпозвоночные грыжи? _____

16. Бронхиальная астма? _____
- 16.1. Если «ДА», то с чем обычно связан приступ? _____
17. Заболевания желудочно-кишечного тракта? _____
- 17.1. Если «ДА», то какое именно? _____
18. Заболевания костной системы, суставов? _____ Если «ДА», то какое именно? _____
19. Были ли венерические заболевания? _____ Если «ДА», то какое именно? _____
20. Заболевания ЛОР-органов (гайморит, синусит, хронический тонзиллит, хронический отит и др)?
- 20.1. Если «ДА», то какое именно? _____
21. Заболевание глаз? _____ Если «ДА», то какое именно? _____
22. Заболевания инфекционного характера? _____ Если «ДА», то какое именно? _____
23. Онкологические заболевания? _____ Если «ДА», то какое именно? _____
- 23.1. Если проводилось облучение в области головы и шеи, то какая суммарная доза в Грех? _____

Исполнитель: ___/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ___/Иванов И.И./

24. Был ли у Вас туберкулез? _____
25. Были ли у Вас сотрясения, ушибы, контузии головного мозга? _____
- 25.1. Если «ДА», то когда именно? _____
26. Выезжали ли за пределы края в течение последних 6 месяцев? _____
27. Были ли у вас контакты в последние 21 день с инфекционными больными? _____
28. Бывают ли у Вас язвы в полости рта, сухость во рту, затрудненное дыхание, увеличение лимфатических узлов, красные участки на коже, сыпь, ночная потливость, повышенная жажда, головные боли, кровоточивость, плохое заживление ран, царапин, резкая потеря веса за последние шесть месяцев (нужное подчеркнуть)?
29. Операции под общим наркозом? _____ Если «Да», то когда? _____
30. Были ли у Вас переливание крови, инъекции за последние два года? _____
31. Если вы принимаете препараты, влияющие на свертываемость крови, то какие именно? _____
- 31.1. Какое у Вас МНО? _____
32. Проводились ли Вам за последний месяц профилактические прививки, вакцинации? _____
- 32.1. Если «ДА», то когда? _____ Какие именно? _____
33. Для **ЖЕНЩИН**: Наличие беременности в настоящее время? _____
- 33.1. Если «ДА», то какой срок? _____ Есть ли патология беременности? _____
- 33.2. В настоящее время грудное вскармливание? _____
- 33.3. Нарушение менструального цикла? _____
- 33.4. Длительный, более шести месяцев, прием гормональных препаратов? _____
34. Занимаетесь ли Вы спортом? _____ Если «ДА», то каким конкретно? _____
- 34.1. Принимаете ли анаболические стероиды? _____
- 34.2. Проходите ли допинг-контроль? _____
35. Занимаетесь ли Вы постоянно моржеванием или другими закаливающими процедурами? _____
36. Имеются ли у Вас следующие привычки:
- 36.1. Курение _____ Если «Да», то сколько сигарет выкуриваете в день? _____
- 36.2. Алкоголизм _____
- 36.3. Наркомания _____

Исполнитель: ___/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ___/Иванов И.И./

37. Принимали ли Вы когда-нибудь следующие препараты из группы бисфосфонатов: Остеомед, Золедроновая кислота(золедронат «Акласта», «Бластера», «Верокласт», «Золедронат-Тева», «Золедрэкс», «Золендроник-Рус4», «Золерикс», «Зомета», «Резокластин ФС», Резорба», резоскан), Ибандроновая кислота (Бонива, Бондронат и Бонвива), Алендроновая кислота, Клодроновая кислота (Бонефос, синдронат, Лорон и Клодрон), этидронат, дидронель, тилудронат, скелид, памидронат, аредиа, памиред, памидронат, памиредин, памитор, памифос, фосамакс, остеомакс, линдрон, ост10, рекостин, алендронат, фосален, осталон, алендрос, бондрон, актонель, зоместа, акласта, рекласт, осталон, остерепар, стронгос, тебанат, фороза, ризендронат, ризартева, ризендрос ? _____

37.1. Если «Да», то сколько времени принимали этот препарат? _____

38. Вы скрипите зубами во сне? У Вас бывает чувство усталости в мышцах лица по утрам? _____

39. Вы храпите? _____

Исполнитель: ___/Назарова Анастасия Анатольевна/

Заказчик: ✓ ___/Иванов И.И./

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

дата заключения договора

Подписывая данное информированное согласие, я, в соответствии с требованиями статьи 5 Федерального Закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ООО «Клиника Прима Дент» моих персональных данных и персональных данных пациента, законным представителем которого я являюсь, , включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС, ДМС, данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам ООО «Клиника Прима Дент» проводить фото- и видеосъемку и использовать полученные фото- и видеоматериалы в дальнейшем на конференциях, симпозиумах, для иллюстрации проводимых в клинике работ без указания персональных данных пациента. Я даю разрешение на получение мной информационной СМС-рассылки и рассылки по электронной почте. Настоящее согласие действует бессрочно.

Врач: Назарова Анастасия Анатольевна _____

Заказчик: Иванов Иван Иванович ✓ _____