

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ УСЛУГ

№ _____

г. Казань

« ____ » ____ 20__ г.

Пациент (Потребитель)

(Ф.И.О. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____ выдан « ____ »
_____ года, код подразделения _____ - _____

Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержащие персональные данные и медицинскую тайну Пациента

Телефон: _____ e-mail: _____

и **ООО «Стоматолог и Я»**, адрес места нахождения юридического лица: 420139 г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, д. 34, адрес места осуществления медицинской деятельности: 420139, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, д.34, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" www.stomkzn.ru, свидетельство о присвоении ОГРН 1051637003901, ИНН 1659055740 в лице директора Язевич Ирины Ришардовны, действующего на основании Устава и лицензии №ЛО41-01181-16/00291298 от 17.02.2014 г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения содержащиеся в электронных реестрах лицензий: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>, на осуществление медицинской деятельности:

- 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, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Проведение ортодонтического лечения Пациента, целью которого является частичное или полное устранение имеющихся аномалий прикуса Пациента.

1.2. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту ортодонтическое лечение, согласованное с Пациентом и указанное в медицинской карте стоматологического больного.

1.2.1. Данное лечение включает в себя осмотр, диагностику, определение плана лечения, выбор съемной/несъемной ортодонтической конструкции, обучение гигиене полости рта, санацию полости рта, установку ортодонтической конструкции, последующее наблюдение, коррекцию (в случае необходимости).

1.3. Пациент обязуется оплатить предоставленные услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен.

1.4. Исполнитель поручает врачу-ортодонту _____, оказать Заказчику (Пациенту) платную медицинскую услугу (ортодонтическое лечение) в объёме п.п. 1.1, 1.2, 1.2.1. Договора.

1.5. Право Исполнителя на осуществление указанных в п. 1.2. медицинских услуг подтверждается Лицензией на осуществление медицинской деятельности по специальности «Ортодонтия» № ЛО-16-01-003241, выданной 17.02.2014 г. Министерством здравоохранения Республики Татарстан, адрес: 420012, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 16, тел. (843) 236-65-60.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги, предусмотренные в п. 1.2. Договора с применением необходимых материалов, инструментов, оборудования и их обработки, с применением современных методов диагностики и лечения, разрешенные на территории РФ.

2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу правдивую информацию о перенесенных или имеющихся заболеваниях.

2.3.2. Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.3. Соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.4. Извещать о всех осложнениях, возникших в процессе лечения.

2.3.5. Уведомлять администрацию Клиники о невозможности явки в согласованное заранее время не позднее, чем за 2 часа до назначенного времени.

2.3.6. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.
2.3.7. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуг.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. Ознакомиться с прейскурантом цен на стоматологические услуги.
- 2.4.2. Получить высококвалифицированную стоматологическую помощь.
- 2.4.2. Получить полную информацию об объёме, стоимости, результатах и прогнозе предоставленных услуг.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему договору, согласно действующему Прейскуранту, составляет:

3.1.1. УСТАНОВКА БРЕКЕТ - СИСТЕМЫ, СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА (включена стоимость всей аппаратуры)

_____ (прописью) руб.

3.1.2. ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (включена стоимость всей аппаратуры)

_____ (прописью) руб.

Планируемый оплачиваемый период лечения _____ (прописью) месяцев в соответствии с подписанным планом лечения.

В случае, если в процессе лечения по согласованию сторон появляются новые задачи и меняется план лечения (что повышает сложность и /или продолжительность лечения), то стороны подписывают дополнительное соглашение с указанием дополнительной оплаты.

3.1.3. Возможные дополнительные приспособления и манипуляции, не входящие в стоимость активации, которые предусмотрены планом лечения или могут понадобиться в случае такой необходимости (выделить нужное):

Аппарат Гербста (специальное приспособление для исправления дистального прикуса): _____ (прописью) руб.

Дополнительные брекеты в кол-ве _____ штук, стоимостью _____ (прописью) руб.

Микроимпланты (специальные приспособления для усиления скелетной опоры) в кол-ве _____ штук, стоимостью _____ (прописью) руб.

СНЯТИЕ СИСТЕМЫ И РЕТЕНЦИОННЫЕ АППАРАТЫ

3.1.4. Установка ретенционных (удерживающих результат) аппаратов при завершении лечения:

3.1.4.1. Несъемные ретейнеры: _____ (прописью) руб. на одну челюсть. При лечении брекет-системой на обеих челюстях соответственно необходимо 2 (два) ретейнера общей стоимостью: _____ (прописью) руб.

3.1.4.2. Съёмный ретенционный аппарат: _____ (прописью) руб.

При лечении брекет-системой на обеих челюстях соответственно необходимо 2 (два) ретейнера общей стоимостью: _____ (прописью) руб.

3.1.5. Посещения в ретенционном периоде (после снятия брекет-системы) для контроля и коррекции ретейнеров: _____ (прописью) руб.

3.1.6. При необходимости снятия несъемного ретейнера (по желанию пациента; при отсутствии целесообразности его дальнейшего пребывания во рту; при множественных поломках) оплачивается из расчета _____ (прописью) руб.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОЛОМКИ И ОТКЛЕЙКИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ

3.1.7. В случае поломки элементов ортодонтического аппарата починка их проводится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб. В случае потери ортодонтического аппарата повторное изготовление проводится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб. (стоимость нового аппарата). В случае необходимости добавления нового элемента в конструкцию ортодонтического аппарата добавление элемента производится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб.

3.1.7.1. В случае отклейки одного брекета, замка более 2 (двух) раз повторная фиксация проводится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб. В случае повреждения или потери брекета, замка замена

элемента проводится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб. за один элемент. В случае поломки или потери ортодонтической дуги замена производится за счет Заказчика из расчета _____ (прописью) руб.

ВОЗМОЖНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (не относящиеся к ортодонтическому лечению)

3.1.8 Удаление зуба (зубов), лечение кариеса, профессиональная чистка зубов, профессиональная система профилактики кариеса (фторпрофилактика) - согласно действующему Прейскуранту.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами.

4.2. Настоящий Договор действует в течение всего срока ортодонтического лечения. Началом лечения считается установка брекет-системы, фиксация съемного или несъемного ортодонтического аппарата в полости рта Пациента, концом лечения - установка съемного ретенционного аппарата после снятия брекет-системы.

4.3. Срок оплачиваемого лечения согласно плану лечения указан в пункте 3.1.2

4.4. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

4.4.1. По инициативе Исполнителя:

4.4.1.1. при невыполнении Заказчиком обязательств по оплате стоматологических услуг, в том числе нарушении Заказчиком сроков оплаты стоматологических услуг. При расторжении настоящего Договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных стоматологических услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным стоматологическим услугам; при оказании стоматологических услуг на сумму, большую оплаченной Заказчиком, Заказчик обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные стоматологические услуги.

4.4.1.2. при нарушении Заказчиком условий настоящего Договора, связанных с получением стоматологических услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию стоматологической услуги; также в случае неудовлетворительной гигиены полости рта Пациента с фиксацией этой информации в лечебной карточке. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанных плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в соответствующей медицинской документации и доведении её содержания до Пациента;

4.4.1.3. в случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами (веществами); в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Пациента специалистом Исполнителя;

4.4.2. По инициативе Пациента и (или) Заказчика:

4.4.2.1. при несоблюдении по вине Исполнителя установленных сроков консультаций, процедур, осмотров;

4.4.2.2. по иным основаниям, не предусмотренным п. 4.4.2.1. При расторжении настоящего Договора по иным основаниям и при отсутствии вины Исполнителя Заказчик и (или) Пациент возмещает Исполнителю все фактически понесённые последним расходы. В данном случае стоимость уже оказанных Пациенту стоматологических услуг не возвращается.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае предоставления услуг ненадлежащего качества Клиника несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.1.2. Клиника не несет ответственность за причинение вреда здоровью в случаях:

- несоблюдение Пациентом гигиены полости рта, невыполнение назначений и рекомендаций врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях, возникновении осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

- причинение вреда в рамках обоснованного профессионального риска;

- причинение вреда по просьбе или с согласия Пациента, при условии, что действия Клиники не нарушают нравственные принципы общества и нормы действующего законодательства РФ.

- наступления вредных последствий, соответствующих объему медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания.

5.2. Пациент несет полную ответственность за достоверность предоставляемой информации.

5.3. В случае нарушения или несоблюдения правил п. 2.3., п.5.1.2. настоящего Договора Клиника имеет право расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке при условии полной оплаты фактически оказанных услуг.

5.4. Пациент имеет право в любое время отказаться от лечения при условии оплаты Клинике фактически понесенных расходов.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. При возникновении споров и разногласий, вытекающих из настоящего Договора или в связи с ним, Стороны примут все усилия к урегулированию спора путём переговоров; при этом Исполнителем создается экспертная комиссия в составе директора, заместителя директора по медицинской части и профильного специалиста не ниже первой квалификационной категории.

6.2. При невозможности урегулирования спора путём переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в суд. При этом споры о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью Пациента, подлежат, в соответствии с подведомственностью, рассмотрению и разрешению в федеральных судах общей юрисдикции.

6.3. Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах на четырех страницах каждый, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика как плательщика по Договору и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, Договор составляется в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся в той же форме, что и сам Договор, и вступают в силу с момента подписания их обеими сторонами.

Неотъемлемыми Приложениями к настоящему Договору являются Информированное добровольное согласие Пациента (законного представителя) на стоматологическое лечение, план лечения пациента в его ортодонтической лечебной карточке.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Стоматолог и Я»
Адрес: 420139, г. Казань, ул. Ю.Фучика, д.34
ИНН 1659055740, ОГРН 1051637003901
зарегистрировано МРИ ФНС РФ №4 по РТ
15.02.2005г. серия 16 № 002776025.
Тел./факс. (843)269-52-59, 268-02-88
E-mail: stomatolog_y@mail.ru

Директор _____ /И.Р. Язевич/

м.п.

Заказчик/Пациент:

(Ф.И.О. полностью)
Отношение к Пациенту _____
Паспорт серии _____, номер _____,
Выдан _____

Дата выдачи: _____
Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства: _____

Тел. _____

(подпись) / _____ /
(ФИО)
« _____ » _____ 20 _____ г.

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, в

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на сбор и обработку ООО «Стоматолог и Я» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну и имеющим право на сбор и обработку персональных данных. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством несения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

Дата _____

Подпись пациента _____