До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор № \_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Чебоксары «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

ООО «Дента-Клиник», именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии № Л041-01191-21/00293702 от 17 июля 2014г., выданной Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики (тел.62-35-94), 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: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ОГРН 1112130003864 ИНН 2130086468 зарегистрировано в Инспекции Федеральной налоговой службы по г. Чебоксары 6 апреля 2011г. в лице генерального директора Родионовой Ольги Николаевны, действующей на основании Устава с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору оказания платных медицинских услуг Учреждениеобязуется предоставить Пациенту по его желанию, с учетом медицинских показаний, услуги по оказанию медицинской помощи, отвечающим юридическим, профессиональными и этическими требованиями, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ в соответствии с перечнем услуг учреждения, а Пациент обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговариваются действующим прейскурантом Учреждения **(Приложение №1)**. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается учреждением с Пациентом или его законным представителем дополнительно.

1.3. Подтверждением окончания исполнения учреждением обязательств по настоящему договору является медицинское заключение об окончании оказания медицинской помощи по поводу заболевания (-ний) или состояния (-ний), которые составили предмет настоящего договора.

**2. Условия и порядок оказания услуг**

2.1. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ООО «Дента-Клиник» по адресу: г. Чебоксары пр. М. Горького д.12 , а также в медицинских учреждениях, имеющих с Учреждением соответствующие договоры.

2.2. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией учреждения и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру учреждения посредством телефонной, факсимильной и иной связи. Телефон регистратуры: 8(352)36-37-73 . В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.4 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний.

2.5. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Пациента, 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 и получает его Информированное добровольное согласие **(Приложение №2)**, вместе с Пациентом составляет план лечения **(Приложение №3)**, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с предварительным планом лечения.

2.6. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указывается в Предварительном плане лечения.

2.7. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который по желанию одной из сторон составляется обязательно письменно и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.8. 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.

2.9. Пациент до подписания Договора получил сведения, размещенные на информационном стенде и сайте Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

2.10. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе [клинических рекомендаций](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/529d8da5a3fd5a6e7bac9da26bc0f1ce1c48b77a/) и с учетом [стандартов](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/c335af07929c2b2a5df5b1a0380b9e39598f60be/) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.11. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется потребителю в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

2.12. Потребитель имеет возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте и на информационном стенде Исполнителя на Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](https://www.pravo.gov.ru/)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.13. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют 30 календарных дней.

**3. Стоимость и порядок оплаты**

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Учреждением по настоящему Договору, оплачиваются Пациентом по действующему в Учреждении прейскуранту на момент заключения настоящего Договора.

3.2. При длительном лечении Пациента и изменении стоимости услуг в период лечения, Пациент оплачивает услуги по новым ценам, с которыми он будет предварительно знакомлен перед началом оказания медицинской услуги согласно действующего на этот момент прейскуранта цен расположенного на информационном стенде в Учреждении

3.3. Оплата медицинских услуг производится в полном объеме на условиях 100 % предоплаты по реквизитам, указанным в п. 14 настоящего Договора.

3.4.Плательщиком по настоящему Договору является

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.5. Излишне оплаченные Пациентом суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.6. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается с Пациентом или его гарантом (при условии согласия пациента на его информирование) дополнительно по утвержденному тарифу.

3.7. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или договором возмездного оказания услуг.

3.8. В случае если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент обязуется возместить Учреждению фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором.

3.9. Учреждение в особых случаях может принять в качестве способа расчета за оказанные Пациенту услуги медицинскую страховку Пациента на условиях и в порядке, предусмотренном настоящим Договором и страховым полисом Пациента. При несогласии Учреждения принять такой способ расчета, Пациент производит оплату услуг в соответствии с пунктом 3.1 настоящего Договора.

3.10. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Пациента

3.11. Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Учреждения.

3.12. Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору наличными денежными средствами производится в кассу ООО «Дента-Клиник» с выдачей Пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца).

**4.Права и обязательства сторон**

4.1 Пациент имеет право:

4.1.1. на получение информации об Учреждении и стоимости оказываемых услуг;

4.1.2. на безопасность услуги;

4.1.3. на соблюдение Учреждением услуги оказания медицинских услуг в разумные сроки, исходя из их специфики;

4.1.4. на соблюдение качества оказываемых услуг при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания), а также на отсутствие недостатков оказанных медицинских услуг;

4.1.5. на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемых услуг;

4.1.6. на отказ от оплаты услуги, не предусмотренной договором;

4.1.7. проверять качество услуг, выполняемых Учреждением, не вмешиваясь в его деятельность;

4.1.8. в любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Учреждению суммы фактически понесенных им расходов; перед каждым началом получения медицинской услуги;

4.1.9. при несоблюдении Учреждением обязательств по настоящему Договору требовать уменьшения стоимости лечения или досрочного расторжения настоящего Договора и возврата стоимости не оказанных ему Учреждением медицинских услуг;

4.1.10. предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.1.11. при несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

4.1.12. пациент имеет все права, предусмотренные его специальным статусом как потребителя специфических медицинских услуг и законодательством РФ. (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"статья 19. Право на медицинскую помощь; Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" статья 43. Права пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения; Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" статья 4. Гарантии государства; Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц; Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" статья 5. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.)

4.2. Пациент обязан:

4.2.1. явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

4.2.2. перед каждым началом оказания услуг ознакомиться с их стоимостью на информационном стенде Учреждения;

4.2.3. оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим договором;

4.2.4. выполнять правила внутреннего распорядка Учреждения;

4.2.5. оказывать содействие надлежащему исполнению договора: выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений (о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях на лекарственные препараты, наличии опасных для общества заболеваниях и т.д.)

4.2.6. информировать Учреждение о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.2.7. заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

Подписывать Информированное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и Приложения к настоящему договору.

4.2.8. Выдать по требованию Пациента (законного представителя Пациента) в течение десяти календарных дней после исполнения договора Учреждением медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4.2.9. 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.

4.2.10. при отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные Исполнителем затраты.

4.2.11. после завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг **(Приложение №4).**

4.2.12. посещать клинику Исполнителя 1 раз в 6 месяцев для бесплатного профилактического осмотра.

4.2.13. неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.

4.3. Учреждение имеет право:

4.3.1. отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке, если законом или иным нормативным правовым актом Российской Федерации предусмотрена возможность предоставления договором такого права;

4.3.2 не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место нарушение Пациентом своих обязанностей по договору, которое препятствует исполнению учреждением договора при условиях наличия у пациента способности выразить свою волю, отсутствия угрозы для жизни Пациента и неотложности медицинского вмешательства;

4.3.3. самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание надлежащей медицинской помощи при условии информирования пациента и получения его согласия на изменение предложенного ранее медицинского плана;

4.3.4. в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю и неотложности медицинского вмешательства самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание надлежащей медицинской помощи;

4.3.5 с учетом медицинской специфики оказываемой услуги привлекать к исполнению своих обязательств других лиц для обеспечения надлежащего качества и безопасности платной медицинской услуги.

4.3.6. изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, объем и стоимость лечения.

4.3.7. направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

4.3.8. установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с **Приложением №5** к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».

4.3.9. отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу.

4.3.10. 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.

4.3.11. отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

4.4 Учреждение обязано:

4.4.1. своевременно оказать услуги при условии предварительного получения добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство **(Приложения № 2)**

4.4.2.обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.4.3. использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке;

4.4.4. предоставлять Пациенту информацию о результатах лечения имеющегося у Пациента вида патологии, а также о возможных методах лечения и осложнениях, которые могут возникнуть в результате лечения, о наличии противопоказаний при применении медикаментозных средств или определенных методов диагностики и лечения.

4.4.5. соблюдать правила асептики и антисептики при проведении лечебных и диагностических процедур;

4.4.6. немедленно предупредить Пациента и до получения от него указаний приостановить работу при обнаружении:

- непригодности или недоброкачественности предоставленных им в соответствие с договором медикаментов, предметов медицинского назначения и т.д., при выполнении услуги из материалов Пациента;

- возможных неблагоприятных для Пациента последствий выполнения его указаний о способе исполнения работы;

- иных не зависящих от Учреждения обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги или возможность ее оказания в срок.

4.4.7. по требованию лица, оплатившего услуги выдать "Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ" установленной формы.

**5. Правила эффективного и безопасного использования услуг**

5.1. При прекращении взаимных обязательств сторон по настоящему договору Учреждение обязано передать информацию Пациенту , касающуюся требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований.

**6**. **Ответственность сторон**

6.1. Учреждение несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

6.2. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения, в случае нарушения Пациентом условий настоящего Договора или возникшие по вине Пациента при невыполнении им требований и предписаний медперсонала Учреждения.

6.3. При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков расчета за оказанные услуги Пациент уплачивает Учреждению пеню в размере 0,2% (ноль целых две десятых процента) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

6.4. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.5.Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.6. В случае не исполнения или ненадлежащего исполнения Учреждением условий настоящего Договора Пациент имеет право письменно или устно, лично или через представителя обратиться с жалобой в:

- Министерство здравоохранения Чувашской Республики (428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д. 17; режим работы пн.-пт. 8.00-17.00, дежурный пн.-пт. 7.00-19.00; телефон 8 (8352) 26-13-00, факс 8 (8352) 62-35-94);

- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Чувашской Республике (428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Московский д. 36, телефон 8 (8352) 58-28-17, 58-25-19).

**7. Сроки действия данного договора**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до окончания текущего года.

7.2. Окончание срока действия договора не влечет за собой прекращение обязательств Сторон по договору. Договор признается действующим до определенного в нем момента окончания исполнения сторонами обязательств.

7.3. Подтверждением окончания исполнения сторонами обязательств по настоящему договору является медицинское заключение об окончании оказания медицинской помощи по поводу заболевания (-ний) или состояния (-ний), которые составили предмет настоящего договора.

**8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

8.2. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии соблюдений требований, предусмотренных п.4.1.8. и п.4.3.1. настоящего Договора.

8.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор другой Стороне не позднее, чем за 15 дней до предполагаемого дня расторжения настоящего Договора.

**9. Порядок разрешения споров**

9.1. Все разногласия по настоящему Договору Стороны будут стремиться решать путем переговоров.

9.2. Стороны договорились о том, что при возникновении между Учреждением и Пациентом спора по поводу недостатков оказанной услуги по требованию любой из Сторон может быть назначена комплексная экспертиза, в том числе с привлечением независимых специалистов.

9.3. Расходы на экспертизу несет Учреждение за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений Учреждением условий договора или причинной связи между действиями Учреждения и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между сторонами - обе стороны поровну.

9.4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ.

**10. Медиативная оговорка**

10.1. В соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2010 года № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации) стороны договорились в случае возникновения спора о проведении процедуры медиации - способе урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения

10.2 Процедура медиации осуществляется путем заключения письменного соглашения сторон о ее применении после возникновения спора. Процедура медиации может быть применена при возникновении спора как до обращения в суд или третейский суд, так и после начала судебного разбирательства или третейского разбирательства, в том числе по предложению судьи или третейского судьи.

**11.Конфиденциальность**

11.1. Информация о факте обращения Пациента за медицинской помощью, а также любая иная информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и подлежит разглашению только при наличии согласия пациента (его законного представителя) на ее распространение без ограничений или определенному кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**12. Прочие условия**

12.1.Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами устно или письменно.

12.2. 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.

12.3. 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 ими персональных данных и медицинской тайны.

12.4. Подписывая данный договор, Пациент дает 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 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом.

Мне в доступной для меня форме 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 является ООО «Дента-Клиник». (утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н Приложение № 2).

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

12.6. 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 клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с «положением о гарантиях»

12.7. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами договора.

12.8. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем:

На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год. На все виды съемных протезов – 6 месяцев. На лечение и протезирование зубов, на которые ранее пломбы, установленные не в клинике Исполнителя – 6 месяцев. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные конструкции – 2 недели. Сроки службы всех постоянных стоматологических конструкций составляют 2 года, всех временных конструкций – 1 месяц.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и другие неовеществленные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом условий настоящего Договора. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы стоматологических конструкций Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на информационном стенде.

12.9. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

12.10. В случае изменения у какой-либо из Сторон местонахождения, названия, банковских реквизитов и прочего она обязана в течение 10 (десяти) дней письменно известить об этом другую Сторону, причем в письме необходимо указать, что оно является неотъемлемой частью настоящего Договора.

12.11. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**14. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент:** | **Учреждение:** **ООО « Дента-Клиник»** |
| **Ф.И.О.** | 428000, Чувашская Республика, город Чебоксары,  проспект М. Горького, дом 12.  Тел. 8(8352)36-37-73, 64-15-14.  [denta-clinic21@mail.ru](mailto:denta-clinic21@mail.ru), дента-клиник21.рф |
| **ПАСПОРТ:** | ОГРН 1112130003864  ИНН/КПП 2130086468/213001001  Зарегистрировано в Инспекции Федеральной налоговой службы по г.Чебоксары 6 апреля 2011г, лицензия № Л041-01191-21/00293702 от 17 июля 2014г., выдана Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики  (тел.62-35-94) |
| **АДРЕС:** | р/с 40702810275000009084 в «ЧУВАШСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8613 ПАО СБЕРБАНК»  БИК: 049706609 (реквизиты банка: ИНН 7707083893 к/с30101810300000000609) |

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Генеральный директор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Родионова О.Н.

Подпись / ФИО Заказчика (официального представителя) м.п.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ/МАНИПУЛЯЦИЮ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находясь на лечении в ООО «Дента-Клиник» полностью без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского обследования/манипуляции, которое позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения и представить прогноз.

Я информирован (а) о характере предстоящего исследования/манипуляции и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений: боль, повышенная кровоточивость, тромбоз, эмболия, воспалительные явления, обострение сопутствующих заболеваний, аллергические реакции, колебания артериального давления, механическое повреждение органа.

Я предупрежден (а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции.

Я прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное, удовлетворен ответами лечащего врача на мои вопросы.

Дата

Подписи: пациент ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обратившись за медицинской помощью в ООО «Дента-Клиник» ознакомлен с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя:

-осмотр врача;

-внутривенные и внутримышечные инъекции;

-лучевые методы исследования;

-проведение консультаций специалистов;

-проведение инструментальных методов исследования

и согласен (не согласен) с применением в рамках договора оказания платных медицинских услуг данных видов медицинских вмешательств.

Я информирован (а) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со статьей 61 ФЗ «Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья представляемого мною).

Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию всем должностным лицам, причастным к данному случаю оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю (не разрешаю) передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.

Дата

Подписи: пациент (законный представитель) ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ (В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ) ДАННЫХ ПАЦИЕНТА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф. И. О. полностью) в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Дента-Клиник» (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): Чувашская Республика, город Чебоксары, проспект М. Горького, дом 12 и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка) включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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 внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники или частной медицинской организации). Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Дата

Подпись: пациент (законный представитель) ✓ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_