

ФОРМА

До заключения настоящего договора на оказание платных стоматологических услуг я подтверждаю, что до меня доведена информация и я ознакомлен в наглядной и доступной для меня форме со следующей информацией и мне разъяснены сведения: – отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы; возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи; о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации; о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утвержденные постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736); сроках предоставления и ожидания медицинских услуг; о возможности осуществления отдельных медицинских вмешательств в объеме превышающем стандарт медицинской помощи; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последовательность и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации; о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости в рублях; об условиях, порядке, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты; порядке сбора, обработки и хранения моих персональных данных; о местонахождении, режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) в том числе назначение режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя; адреса и телефоны органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека

(ФИО, подпись Потребителя)

ДОГОВОР № _____

на оказание платных стоматологических услуг

г. Пыть-Ях

« _____ » _____ 20__ год

автономное учреждение Ханты-мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), адрес места нахождения и оказания медицинских услуг: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6, официальный сайт Учреждения: www.stomatputyah.ru, свидетельство о внесении сведений в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.11.2002 серия 86 № 000806166 (зарегистрировано Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г.Пыть-Яху ХМАО), основной государственный регистрационный номер 1028601542650, лицензия № Л041-01193-86/00342780 от 20.12.2018г. на осуществление медицинской деятельности (перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с лицензией: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения ХМАО-Югры (адрес: ул. Карла Маркса, 30, г. Ханты-Мансийск, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра (Тюменская область), 628011 телефон/факс: (3467) 33-37-41, email: ugrazdravnadzor@admhmao.ru), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ» в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны и

гражданин(ка): _____,

именуемый(ая) в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать согласованные с Потребителем стоматологические услуги в объеме, определяемом исходя из объективного состояния здоровья Потребителя, медицинскими назначениями и техническими возможностями Исполнителя, силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения, а Потребитель добровольно берет на себя обязательство оплачивать затраты, связанные с оказанием стоматологической помощи согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией и утвержденного прейскуранта.

1.2. Услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках продолжительного лечения с определёнными профилактическими, диагностическими и лечебными мероприятиями, осуществляемыми последовательно и необходимыми для достижения целей оказываемых услуг. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяется Потребителем самостоятельно и/или по согласованию с консультирующим (лечащим) врачом. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, а также их стоимость содержится в приложениях, являющихся его неотъемлемой частью (Приложение №1).

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

1.4. Необходимым условием исполнения договора является согласие Потребителя с предложенным планом лечения. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности объективных осложнений, связанных с особенностями течения заболевания и лечения, о характере и степени тяжести этих осложнений, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия Потребителя на предложенное медицинское вмешательство.

1.5. Сроки оказания медицинских услуг регулируются, утвержденным Исполнителем, расписанием приема медицинских работников. Конкретное время определяется посредством записи Потребителя на прием с учетом его желания и имеющегося свободного интервала времени приема в сетке расписания врача/специалиста.

1.6. Составными частями Договора являются документы, оформленные до и в процессе предоставления услуг Потребителю и подписанные сторонами, составление которых объективно невозможно выполнить до проведения консультации и осмотра.

1.7. Медицинская карта и иная медицинская документация, оформляющая оказание услуг по настоящему договору, является неотъемлемым приложением к настоящему договору. Оригиналы медицинской документации хранятся у Исполнителя. Договор хранится в течение пяти лет.

1.8. В соответствии со статьей 779 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению, что предметом настоящего Договора является процесс оказания медицинской услуги, а не ее результат.

1.9. Исполнитель оказывает услуги в амбулаторно-поликлинических условиях в помещении Исполнителя по адресу: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6, в дни и часы работы, устанавливаемые Исполнителем, по предварительной записи.

1.10. Лицензия на осуществление медицинской деятельности, перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность, прейскурант тарифов (цен) на платные медицинские стоматологические услуги, а так же информация о режиме работы и графике работы специалистов Исполнителя является общедоступной и размещена на информационных стендах, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: www.stomatputyax.ru.

1.11. В случае обнаружения Пациентом недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Потребитель направляет письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии услуга признается оказанной надлежащего качества. По требованию Потребителя в день фактически выполнения оказанной услуги и проведения Потребителем оплаты оказанной услуги стороны имеют право подписать Акт об оказанных услугах (далее - Акт) (Приложение №3).

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств (Приложение №2), о чем свидетельствует подписание Потребителем настоящего Договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и согласовываются с Потребителем. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием (определение времени получения услуги).

2.3. С учетом выбора Потребителя оказание медицинской услуги осуществляет врач _____. До Потребителя доведена информация о его профессиональном образовании и квалификации. В случаях непредвиденного отсутствия лечащего врача Исполнитель вправе назначить, согласовав с Потребителем кандидатуру заменяющего врача или перенести прием на другое время по согласованию с Потребителем. При этом дальнейшее проведение лечения Потребителя у замещающего врача является подтверждением его согласия на замену врача.

2.4. В оговоренное с Потребителем время лечащий врач проводит собеседование и осмотр Потребителя, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя. По результатам осмотра лечащий врач составляет План лечения (Приложение №1), определяя необходимый для выполнения набор услуг из числа описанных в прейскуранте. Если Потребителю кроме терапевтической санации требуется хирургическое, ортопедическое или ортодонтическое лечение, то для него составляется комплексный план лечения до оказания услуг.

2.5. Необходимым условием исполнения договора является согласие Потребителя с предложенным планом лечения, оформленное подписью Потребителя. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности объективных осложнений, связанных с особенностями течения заболевания и лечения, о характере и степени тяжести этих осложнений, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия Потребителя на предложенное медицинское вмешательство. Подписание Потребителем информированного добровольного согласия подтверждает, что Потребитель ознакомлен с процедурой оказания услуг и прейскурантом Исполнителя.

2.6. План лечения может быть откорректирован в процессе лечения.

2.7. Срок оказания медицинских услуг по настоящему договору составляет:

-дата начала оказания платных стоматологических услуг: с « ____ » _____ 20__ г. либо с момента подписания Сторонами данного договора;

-дата окончания оказания платных стоматологических услуг: « ____ » _____ 20__ г.

Услуги могут быть оказаны досрочно. Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья Потребителя в момент оказания услуги. Сроки оказания медицинских услуг определяют исходя из конкретной клинической ситуации Потребителя. Сроки оказания медицинских услуг указываются лечащим врачом в медицинской документации, которая представляет собой неотъемлемую часть договора.

2.8. Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ регулирующего медицинскую деятельность, стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке законодательством Российской Федерации, в т.ч. Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Правительством РФ (далее – Правила), настоящим договором и приложениями к нему.

2.9. Медицинские услуги считаются полученными Потребителем с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя, которую Исполнитель обязан вести в соответствии с действующим законодательством либо подписанным сторонами Актом оказания платных медицинских стоматологических услуг.

2.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг, их стоимости и срока оказания дополнительных платных медицинских услуг.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом тарифов (цен) на платные медицинские стоматологические услуги и составляет: _____ рублей _____ копеек.

3.2. Оказываемые услуги оплачиваются Потребителем в следующем порядке:

3.2.1. Оказанные услуги оплачиваются Потребителем непосредственно после их оказания;

3.2.2. Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены Потребителем перед их оказанием (в порядке предоплаты).

3.3. Способ оплаты Потребитель выбирает самостоятельно:

-наличными денежными средствами в кассу Исполнителя;

-перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя;

-посредством банковской карты через платежный терминал в кассе Исполнителя.

2.4. В случае осуществления оплаты наличными денежными средствами в кассу Исполнителя либо посредством банковской карты через платежный терминал в кассе Исполнителя, в соответствии с законодательством Российской Федерации Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату за предоставленные медицинские услуги (кассовый чек или либо копия квитанции оформления квитанции по форме, утвержденной Письмом Минфина РФ от 20.04.95 N 16-00-30-35).

3.4. Возврат денежных средств за предварительно оплаченными, но не предоставленными или не полностью предоставленными медицинскими услугами, осуществляется на основании личного заявления Потребителя.

3.5. Окончательная стоимость лечения определяется в соответствии с клинической картиной и тарифицируются согласно действующему прейскуранту.

3.6. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ «ИСПОЛНИТЕЛЯ»:

4.1. Права и обязанности Исполнителя определяются законодательством РФ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736, иными нормативно-правовыми актами, регулирующими отношения по возмездному оказанию стоматологических медицинских услуг, настоящим договором, а именно:

- соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;
 - провести качественное обследование полости рта Потребителя, а случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования;
 - предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной форме полную и достоверную информацию о состоянии полости рта, о сути рекомендуемых в его случае методик лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, протезирования, операций, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
 - предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - составить и согласовать с Потребителем план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), и их последовательность;
 - информировать Потребителя о стоимости услуг(и) до ее (их) оказания;
 - в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в амбулаторную карту Потребителя, обеспечить качественные и наиболее безопасные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением в случае необходимости обезболивающих средств, современных технологий и материалов;
 - выполнить работы в сроки, согласованные с Потребителем при условии соблюдения Потребителем сроков явки на приемы;
 - информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;
 - устранять за свой счет, при условии соблюдения Потребителем всех условий договора:
- а) в течение установленного Исполнителем гарантийного срока - недостатки, возникшие по вине Исполнителя;
- б) в течение установленного Исполнителем срока службы - существенные недостатки.

При выявлении необратимых осложнений, недостатков после проведенного лечения, возникших в результате виновных действий Потребителя, гарантийные обязательства аннулируются и устранение негативных последствий таких осложнений, недостатков оплачиваются за счет Потребителя.

- предоставить Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг;
- по факту исполнения настоящего договора, в течение 10 дней выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях (Приложение №4);
- обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со ст.13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. Исполнитель вправе:

- самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора;
- изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам (по согласованию с Потребителем) предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг;
- отсрочить или отменить оказание услуг (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг (в т.ч. по согласованию с Потребителем) в случае обнаружения у Заказчика медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья;
- в случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля;
- отменить, либо перенести лечебное мероприятие на новый срок при опоздании Потребителя на прием более чем на 10 минут от назначенного Исполнителем времени приема;

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ «ПОТРЕБИТЕЛЯ»:

5.1. Во исполнение условий настоящего Договора Потребитель, считая себя достаточно информированным о характере процедур, проводимых в соответствии с условиями настоящего договора, их последствиях и осложнениях, обязуется:

- до подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом тарифов (цен) на платные медицинские стоматологические услуги. Информация размещена на информационном стенде Учреждения и сайте www.stomatputyah.ru;
- прибыть на прием в установленное время, согласно предварительной записи, уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены;
- выполнять все назначения, рекомендации и предписания медицинского персонала Исполнителя для качественного предоставления медицинских услуг, достижения и сохранения результатов лечения;
- соблюдать назначенный лечебный режим, установленный сотрудниками Исполнителя, сроки профилактических осмотров, осуществлять профессиональную гигиену полости рта;
- следовать согласованному с лечащим врачом плану лечения, соблюдать сроки обращения для продолжения лечения и профилактических осмотров;
- предоставить всю известную, необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях и другие сведения, касающиеся его личности, которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг;
- незамедлительно ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. Строго выполнять назначения и рекомендации сотрудников Исполнителя;
- полностью и своевременно оплачивать медицинские стоматологические услуги, по расценкам прейскуранта;
- при отказе от продолжения лечения письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть Договор, предварительно оплатив фактически оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору;
- соблюдать Правила внутреннего распорядка Учреждения Исполнителя;
- в случае обнаружения недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания направить письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии услуга признается оказанной надлежащего качества.

5.2. Потребитель имеет право:

- получать от Исполнителя полную, достоверную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;
- выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия;
- выбирать время приема у врача из имеющегося свободного;
- на проведение консилиума и консультаций других специалистов Исполнителя;
- получить копии и выписки своих медицинских документов;
- на сохранение в тайне информации о своем здоровье;
- перенести время или срок оказания медицинских услуг, согласованные с Исполнителем, заблаговременно предупредив об этом Исполнителя и согласовав новые время или срок оказания медицинских услуг;

– расторгнуть настоящий договор, написав письменное уведомление и оплатив Исполнителю стоимость уже оказанных неоплаченных услуг, и возместив фактически понесенные расходы на подготовку к еще не полученным услугам (если таковая требовалась в связи со спецификой услуг и была произведена Исполнителем до получения уведомления Потребителя об отказе от договора).

5.3. Потребитель подтверждает, что:

- до заключения настоящего Договора он лично ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантийных сроках, перечнем предоставляемых услуг, стоимостью предоставляемых услуг, условиями их предоставления и гарантийными сроками на оказанные услуги и добровольно согласился на оказание ему услуг на платной основе;

- понимает возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Выбор платных медицинских услуг является осознанным;

- до него доведена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5.4. Потребитель осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

– строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача;

– явка на прием врачу в назначенный срок;

– предоставление Исполнителю точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов, и процедур, о принимаемых препаратах, о любом проводимом иными медицинскими организациями лечении;

– информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе или после лечения;

– выполнение указаний медицинского персонала во время оказания услуги;

– своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий (диагностики, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры);

– соблюдение особенностей гигиенического ухода, указанных при обсуждении Плана лечения и по завершению лечения, явка на назначенные профилактические осмотры;

– соблюдение правил внутреннего распорядка (правил поведения Пациента).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В соответствии с действующим законодательством РФ стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

6.2. Потребитель несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставленных по настоящему договору услуг.

6.3. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения и (или) некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

6.4. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

– он принял все меры для надлежащего исполнения своих обязательств, проявил всю степень заботы и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала (на основании п. 1 ст. 401 Гражданского кодекса РФ);

– неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы;

– если Потребитель (Заказчик) умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством;

– причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все претензии по недостаткам медицинских услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания.

7.2. Обращение/жалоба направляется Потребителем в следующей форме и способом:

- письмом, направляемым посредством почтовой связи. Адрес для письменных обращений граждан: 628386, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6;

- при личном обращении. Прием осуществляется главным врачом Учреждения и /либо заведующими отделений Учреждения в соответствии с графиком приёма граждан;

- по электронной почте: inelia07@rambler.ru;

- посредством функционала «Обратная связь» на официальном сайте Учреждения: www.stomatputyah.ru.

7.3. В случае поступления претензии Потребителя Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу указанному потребителем в претензии, заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения потребителем.

7.4. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается главным врачом Исполнителя (лицом его замещающим) либо Врачебной комиссией Исполнителя согласно действующему законодательству. В случае не устранения разногласий, при необходимости, спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями исполнителя и (или) экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации России в установленном порядке

8. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

8.1. Гарантийный срок определяется в соответствии с Положением о гарантийных сроках на виды работ при оказании стоматологической помощи АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» утвержденная Приказом главного врача Учреждения №143 от 24.10.2019 г. (далее – Положение о гарантийных сроках).

8.2. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Потребителем условий настоящего Договора.

8.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применение самых успешных достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не может являться 100% прогнозируемым и может выражаться в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких либо изменений, даже в ухудшении патологических процессов.

8.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных сроках.

8.5. Исполнитель устраняет недостатки оказанных услуг в разумный срок, указанный Потребителем.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
 9.2. Настоящий Договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде Дополнительного соглашения либо заключения нового договора, подписанного Исполнителем и Потребителем.
 9.3. Потребитель вправе отказаться от договора в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

11. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ
автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», 628386, Российская Федерация, Ханты-Мансийский Автономный Округ – Югра, г.Пыть-Ях, микрорайон 2а «Лесников», ул.Сибирская, дом 6 Тел.: 8(3463) 42-33-60 –приемная, 8(3463) 42-31-07 - регистратура ОКПО 57407789 ОКОГУ4210007 ОКATO 71185000000 ОГРН1028601542650 Банковские реквизиты: Казначейский счет 03224643718000008700 Единый казначейский счет 40102810245370000007 ЪБРКЦ Ханты-Мансийск// УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре ИНН 8612009438 КПП 861201001 Доверенное _____ лицо	Ф.И.О. _____ Адрес _____ телефон _____ паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ / _____ / <p style="text-align: center;"><i>подпись ФИО</i></p> <p style="text-align: center;">Заказчик:</p> ФИО _____ _____ Паспорт: серия _____ № _____ Кем и когда выдан: _____ _____ _____ Телефон: _____ Email: _____ _____ / _____ / <p style="text-align: center;"><i>подпись ФИО</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Если Заказчик является Юридическим лицом:</i></p> _____ (наименование юридического лица) ИНН _____ / КПП _____ ОГРН _____ Юридический адрес: _____ Почтовый адрес: _____ Телефон: _____ Банковские реквизиты: _____ р/сч _____ к/сч _____ БИК _____ _____ / _____ М.П.

АУ "Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника"

Адрес юридический/фактический 628386 Российская Федерация, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,
город Пыть-Ях, микрорайон 2а «Лесников», улица Сибирская, дом 6

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

ЗАКАЗ - НАРЯД № _____ от " _____ " _____ 202__ г

ФИО _____

Дата рождения/телефон _____

Адрес _____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Кол-во отсут. зубов _____ Кол-во разр зубов более 50% _____

Врач стоматолог-ортопед _____

Зуб.техник _____

Рентг.лаборант _____

Код услуги по номенклатуре	Наименование	кол-во	Стоимость единицы услуги, руб.	сумма, руб.
ИТОГО				

Врач-стоматолог-ортопед _____
подпись

Пациент/потребитель/заказчик
С предложенным Планом лечения ознакомлен.
С объемами оказываемых медицинских услуг и расценками на них _____
согласен/несогласен _____
подпись

Кассир _____
подпись

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ
(Перечень услуг)**

ФИО Потребителя _____

ФИО врача _____ медсестра _____ № зуба (ов) _____

работа медсестры с 1 врачом

с 2 врачами

№	Код услуги по номенклатуре выполненная услуга	кол-во	стоимость одной услуги (руб)	сумма (руб)
	ИТОГО			

_____/_____
Ф.И.О. врача / подпись

_____/_____
Ф.И.О. Потребителя / подпись

СОГЛАШЕНИЕ

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г.Пыть-Ях

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество Потребителя)

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

(карта пациента № _____) в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, проинформирован (а) и получил(а) от работников Исполнителя полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Выбор платных медицинских услуг является осознанным и добровольным.

2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях на других условиях и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника».

3. Мне разъяснено и я осознал(а) и согласен(а) с тем, что: я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг; что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» не несет ответственности за их возникновение; проводимое лечение не гарантирует мне 100% результат и что при проведении лечения, так и после него, как в ближайшем, так и отдаленном будущем, возможны различные осложнения; несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья; для получения лучших результатов лечения должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника».

4. Я получил(а) информацию о других сопоставимых медицинских методах лечения и возможности получения медицинской помощи. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие именно на их применение.

5. При этом Исполнитель в доступной для меня форме: ознакомил с порядком предоставления в медицинской организации платных медицинских услуг; ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке и согласен(на) оплатить; ознакомил с распорядком и правилами режима, установленного в медицинской организации, и я обязуюсь их соблюдать; ознакомил как с Положением об установлении гарантийных сроков на виды работ при оказании стоматологической помощи АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» так и с гарантийными сроками на проводимые мне услуги; довел информацию о профессиональном образовании и квалификации лечащего врача (врачей).

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» и я даю свое согласие на оплату их в кассу (налично, по безналичному расчету) в сумме _____ рублей _____ копеек.

7. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, об использовании лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к их применению, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

8. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно - охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.

9. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

10. Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

11. Вышеуказанная информация мне разъяснена в полном объеме и понятна.

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель _____ / _____ / Лечащий врач _____ / _____ /

подпись

ФИО

подпись

ФИО

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО:

1. Я **ОЗНАКОМЛЕН**: Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа-Югры об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре; Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг населению и сторонним организациям в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»; Положением о гарантийных сроках на виды работ при оказании стоматологической помощи АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»; перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг; действующим прейскурантом тарифов (цен) на платные медицинские услуги.

2. **ДО МЕНЯ ДОВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ** о следующем: адресе места нахождения Исполнителя; адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя; информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг; сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой; стандарте медицинской помощи и клинических рекомендациях; медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования; методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию; порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; форме и способах направления обращений (жалоб); о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

Вышеуказанная информация предоставлена в полном объеме, доступной форме и мне понятна.

Потребитель _____ / _____ /
подпись ФИО

АКТ

об оказании платных стоматологических услуг

г. Пыть-Ях

« _____ » _____ 20__ г.

автономное учреждение Ханты-мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны и гражданин: _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», паспорт серия _____ № _____ выдан: _____ (кем, когда)

проживающий по адресу: _____ с другой стороны, подписали настоящий Акт о следующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных стоматологических услуг № _____ от _____ Исполнителем оказаны услуги в полном объеме, надлежащего качества и соответствуют требованиям настоящего договора.
2. Потребитель претензий к объему, сроку и качеству произведенных работ и оказанных услуг - не имеет.
3. Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила _____ (_____) руб.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

(подпись)

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК

(подпись)

(подпись)

РАСПИСКА

в получении медицинских документов

Я, _____ (фамилия, имя, отчество Потребителя)

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

зарегистрированный и проживающий по адресу: _____

медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние моего здоровья (здоровья несовершеннолетнего) после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях по договору на оказание платных стоматологических услуг № _____ от « _____ » _____ 20__ г. получил.

подпись Потребителя / _____ Ф.И.О. « _____ » _____ 20__ г.
дата.