

Образец договора на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск»

Договор № _____ от «__» _____ 202__ г.

на оказание платных стоматологических услуг

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейска» - «Исполнитель» действующее на основании лицензии¹ № ЛО-74-01-005484 от 09.04.2020, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц 74 № 002425128 от 23.09.2002 г., с одной стороны, «Пациент, Потребитель», а в случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, также «Законный представитель», с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий договор, о нижеследующем:

Исполнитель	Пациент
ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск», 456623, Челябинская область, г.Копейск, пр. Коммунистический, 7а, в лице _____ ____,	Фамилия, имя, отчество: _____ _____ Адрес места жительства: _____ _____ Паспорт: _____

¹Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-0054384, выдана Министерством здравоохранения Челябинской области 09.04.2020 г. 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: медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

<p>действующего на основании _____</p> <p>ИНН 7411001050 КПП 743001001</p>	<p>_____, Телефон: _____,</p> <p>В случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует его Законный представитель:</p> <p>Фамилия, имя, отчество: _____,</p>
--	---

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, согласно приложению № 1 к договору № _____ от _____, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить указанные услуги, в соответствии с утвержденным в учреждении Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим на момент оказания услуг.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: **456623, Челябинская область, г. Копейск, пр. Коммунистический, 7а.**
- 1.3. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о получении Пациентом полной информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.
- 1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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».
- 1.5. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с [Перечнем](#) оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением [порядков](#) оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.3. Провести осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза, при необходимости, дополнительные методы обследования.
- 2.1.4. Дать полную информацию о плане и объеме необходимого оказания услуг и стоимости.
- 2.1.5. Дать информацию о возможных осложнениях после оказания услуг, с учетом индивидуальных особенностей Пациента.
- 2.1.6. Лечение осуществлять в соответствии с принципами медицинской этики и деонтологии, хранить врачебную тайну.
- 2.1.7. По требованию Пациента (Заказчика) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
 - порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.
- 2.1.8. Предоставить 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.

2.2. Пациент обязан:

- 2.2.1. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
- 2.2.2. По запросу Исполнителя предоставить документы, для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя по Договору в порядке, сроки и на условиях, установленные Договором. В случае отказа Пациента от оказания услуг, он обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- 2.2.4. Сообщить уполномоченному медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания медицинских услуг.
- 2.2.5. Ознакомиться с предложенным планом оказания услуг, примерным сроком и его стоимостью. Оказание услуг начинается только после согласия пациента (или его родителей), о чём делается запись в медицинской карте.
- 2.2.6. Явиться на приём в назначенный срок, указанное время.
- 2.2.7. Соблюдать на должном уровне гигиену полости рта.
- 2.2.8. Соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов. И выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги.

3.1. Исполнитель имеет право:

- 3.1.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.
- 3.1.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

3.1.3. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Пациентом рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

3.2. Пациент имеет право:

3.2.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги по Договору.

3.3. Пациент подтверждает, что был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, на качестве медицинских услуг.

3.4. При первом обращении к Исполнителю за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем – по мере необходимости Пациент (Законный представитель) дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100%-ой предоплаты, согласно утвержденных в учреждении цен на платные стоматологические услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, с предоставлением документов по расчету.

4.2. Стоимость оказываемых стоматологических услуг по настоящему договору составляет

4.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика

удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы возвращается заказчику не позднее трех дней с момента окончательных расчетов.

5. Порядок, условия и сроки оказания услуг

5.1. Объем оказываемых услуг, определяется п. 1.1. договора, на основании общего состояния здоровья Заказчика, медицинскими показаниями, желанием Заказчика и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг, определяются исходя из объема необходимых для оказания услуг и фиксируются в медицинской карте.

6. Гарантийные обязательства

6.1. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- Пациент выполняет весь согласованный план лечения;
- Пациент не проводит в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;
- в случае обращения Пациента за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения предоставляет документы, подтверждающие необходимость произведенного вмешательства (выписка из медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты обследования и лечения на иных носителях).
- Пациент регулярно проходит у Исполнителя мероприятия по профессиональной гигиене полости РТ, с периодичностью, указанной в амбулаторной карте, но не менее 1-го раза в год.

6.2. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока следующих обязательств: беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, которые напрямую приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, в т.ч. длительный прием лекарственных средств при лечении других заболеваний, игнорирование обязательного профилактического осмотра, проводимого 1 раз в 6 месяцев, (после проведенного зубного протезирования с опорой на стоматологических имплантатах 1 раз в 3 месяца) и (или) на соблюдение рекомендаций лечащего врача.

6.3. Исполнитель не несет гарантийных обязательств перед Пациентом при оказании стоматологических услуг в следующих случаях: при лечении зубов ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению; при невозможности проведения или отказе пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков; при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий, предложенных врачами учреждения; при несогласии Пациента с рациональным планом протезирования, предложенного ортопедом в соответствии с расчетом выносливости пародонта опорных зубов, учитывая данные исследований; при просьбе Пациента о лечении и протезировании зубов со сложным периодонтальным прогнозом (деструктивные формы периодонтита, невозможность перелечивания корневых каналов зуба и др.); при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ; при установке протеза, изготовленного специалистами других лечебных учреждений; при починке съемного протеза, изготовленного в другом лечебном учреждении или с истекшим сроком гарантий; при прекращении лечения по инициативе Пациента; осложнений, возникших по причине неявки Пациента в указанный срок.

7. Ответственность сторон

- 7.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Заказчик обязан полностью возместить учреждению понесённые убытки, если оно было вынуждено прекратить оказанные услуги по вине пациента.
- 7.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных [п. 2.2.4.](#) и раздела 6 настоящего договора.

8. Прочие условия

- 8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.
- 8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.3. Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

8.4. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) 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.

9. Подписи Сторон

Исполнитель	Пациент(Законныйпредставитель)
ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск», 456623, Челябинская область, г.Копейск, пр. Коммунистический,7а, Главный врач _____/Ф.А. <u>Шайхутдинов/</u>	Фамилия, имя, отчество: _____ _____/_____/

Главному врачу ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск»

Ф.А. Шайхутдинову

от [Ф. И. О. пациента]

адрес проживания [вписать нужное],

паспорт [серия, номер, кем и когда выдан]

Информированное добровольное согласие пациента

на получение платных медицинских услуг

Я, [Ф. И. О. пациента], настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск».

Информацию до пациента довел:

[подпись, инициалы, фамилия врача]

[число, месяц, год]

Пациент:

[подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год]

Уведомление

о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу

Уважаемый потребитель (заказчик)!

В соответствии с [пунктом 24](#) Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых [постановлением](#) Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, Вы уведомляете о том, что 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.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

(подпись потребителя
(заказчика)

(ФИО потребителя
(заказчика)

" ____ " _____) г.

(дата предоставления информации)