

Настоящим подтверждаю ознакомление до подписания договора с тем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

*Договор №*  
*оказания платных медицинских услуг*

*г. Астрахань*

*дата*

ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК», в лице директора Гаджиева Р.Г действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «ИСПОЛНИТЕЛЬ» с одной стороны и гражданин {ФамилияИмяОтчество} именуемый в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ.**

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказывать платные медицинские стоматологические услуги (терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, ортодонтическое лечение, консультации врачей-стоматологов, услуги рентгенологии, анестезии и другие необходимые услуги, далее – Услуги) ПАЦИЕНТУ по его поручению, а ПАЦИЕНТ, пользуясь Услугами, обязуется оплачивать их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Предметом настоящего договора являются медицинские стоматологические услуги, заключающиеся в выполнении персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ действий, соответствующих установленным стандартам оказания медицинской помощи, и перечисленных в согласованном с ПАЦИЕНТОМ Плане лечения (Приложение №1 к настоящему Договору) и Медицинской карте ПАЦИЕНТА.

1.3. Наименование, состав и объем Услуг определяются Планом лечения и фиксируются в Медицинской карте ПАЦИЕНТА.

1.4. Срок оказания Услуг определяется лечащим врачом с момента записи Пациента на прием и зависит от состояния здоровья ПАЦИЕНТА, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия и графика работы врача. Срок оказания услуг может быть изменен:

- в случае невозможности выполнить их по не зависящим от Сторон причинам;
- в случае возникновения необходимости в дополнительном лечении или обследовании;
- в случае препятствия оказания услуги действиями (бездействиями) ПАЦИЕНТА.

1.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги ПАЦИЕНТУ в помещении по адресу: г. Астрахань, УЛ. БАКИНСКАЯ 4 К2, телефон 8(8512) 48-14-48, [@estetclinic](mailto:caitr.estet30.ru)

1.6. Оплата ПАЦИЕНТОМ услуг ИСПОЛНИТЕЛЮ производится в порядке и сроки, оговоренные в разделе 4 настоящего Договора в соответствии с действующим прейскурантом цен, утвержденным ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

1.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ при оказании услуг руководствуется действующим законодательством РФ, регулирующим представление платных медицинских услуг, а также обязательствами, вытекающими из международных соглашений.

1.8. Факт оказания ПАЦИЕНТУ услуг надлежащего качества и в срок подтверждается подписанием Сторонами двусторонних актов выполненных работ.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ действует на основании свидетельства о регистрации юридического лица инн 3025012317,**

**КПП 302501001**

а также лицензии на право осуществления медицинской деятельности ЛО30-01 001210 от 17.03.2015г., выданной Министерством Здравоохранения Астраханской области, г. Астрахань, ул. Татищева 16 «в», Тел. 8(8512) 54-16-19), согласно которой при оказании первичной, в том числе доврачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; стоматологии; рентгенологии
- 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественного здоровья, стоматологии хирургической; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической.

**2. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.**

2.1. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи ПАЦИЕНТА на приём. Предварительная запись ПАЦИЕНТА на приём осуществляется через Администратора ИСПОЛНИТЕЛЯ посредством любой связи, приемлемой и удобной для ПАЦИЕНТА.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ организует осмотр ПАЦИЕНТА врачом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, и информирует об этом ПАЦИЕНТА. По результатам осмотра врач составляет План лечения, определяя необходимый перечень услуг.

2.3. Необходимым условием исполнения договора является согласие ПАЦИЕНТА с предложенным Планом лечения и Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, удостоверенное подписью ПАЦИЕНТА. Стороны договорились, что такое согласование является подтверждением того, что ПАЦИЕНТ в достаточной и доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, предполагаемых результатах лечения, возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, характере и степени тяжести этих последствий, степени риска лечения, существовании иных способов лечения и их эффективности, последствиях отказа от предлагаемого лечения и является подтверждением выражения информированного добровольного согласия ПАЦИЕНТА на предложенное медицинское вмешательство и связанные с ним возможные осложнения и риски. (*Информированное добровольное согласие – является Приложением к медицинской карте ПАЦИЕНТА и хранится у ИСПОЛНИТЕЛЯ*).

2.4. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов ИСПОЛНИТЕЛЯ. Лечение проводится с соблюдением правил асептики и антисептики согласно требованиям ОСТ 42-21-2-85.

2.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать ПАЦИЕНТУ в оказании Услуг, если врач выявил у ПАЦИЕНТА аллергические реакции, противопоказания или заболевания, исключающие безопасное оказание Услуги, если у ПАЦИЕНТА имеются острые воспалительные инфекционные заболевания, а также если ПАЦИЕНТ отказывается пройти необходимое диагностическое обследование (рентгенологическое, аппаратное, мануальное, лабораторное и иное) и (или) находится в состоянии опьянения.

2.6. ПАЦИЕНТ подтверждает, что до заключения настоящего договора он ознакомлен со сведениями о местонахождении и режиме работы ИСПОЛНИТЕЛЯ, перечне платных медицинских услуг и их стоимости, сведениях о квалификации и сертификации специалистов ИСПОЛНИТЕЛЯ, лицензией Исполнителя, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, порядке, условиях, сроках и стоимости оказания медицинских услуг, Положением о гарантийных обязательствах ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК».

2.7. ПАЦИЕНТ подтверждает, что до подписания настоящего Договора ему разъяснена 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.

2.8. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменения Плана лечения и (или) выполнения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, то такие Услуги выполняются с предварительного согласия ПАЦИЕНТА. Отказ ПАЦИЕНТА от проведения дополнительных действий, связанных с медицинским вмешательством, оформляется письменно с разъяснением ПАЦИЕНТУ последствий такого отказа.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

#### 3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

3.1.1. Оказать ПАЦИЕНТУ стоматологические услуги, в соответствии с согласованным Планом лечения, с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

3.1.4. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

3.1.5. Предоставлять ПАЦИЕНТУ бесплатную, доступную и достоверную информацию об оказываемой услуге (информацию о новых методах лечения, применяемых в клинике), а также по требованию ПАЦИЕНТА сообщать ему сведения, относящиеся к характеру оказываемых ему услуг.

3.1.6. Согласовывать с ПАЦИЕНТОМ время и дату повторного посещения.

3.1.7. Информировать ПАЦИЕНТА до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения.

3.1.8. Наблюдать ПАЦИЕНТА в течение срока, определяемого по показаниям лечащего врача ИСПОЛНИТЕЛЯ.

#### 3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

3.2.1. В случае возникновения каких-либо осложнений в процессе лечения или выявленных анатомических особенностей, которые были выявлены только в процессе лечения и не могли быть обнаружены в период диагностики, изменить план лечения, получив соответствующее согласие ПАЦИЕНТА на дополнительную оплату.

3.2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ может отказать в лечении, если это лечение не соответствует требованиям медицинских технологий или может вызвать нежелательные последствия.

3.2.6. Самостоятельно решать все вопросы, связанные с техникой лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления диагностических моделей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтёт нужным для планирования и осуществления лечения ПАЦИЕНТА.

3.2.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ может заменить лечащего врача ПАЦИЕНТА по его личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск и т.д.)

3.2.7. При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план и/или срок лечения, получив согласие ПАЦИЕНТА на дополнительную оплату. В случае несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

3.2.8. Переназначить время приема ПАЦИЕНТА при серьезном нарушении последним графика приёма, если это нарушение вызвано объективными причинами, либо не поддающимися прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других ПАЦИЕНТОВ.

#### 3.3. ПАЦИЕНТ обязан:

3.3.1. Информировать врача о состоянии своего здоровья на момент обращения до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях (в том числе необычных реакциях на лекарственные препараты, пищевые продукты, укусы насекомых, анестетики, реакция десны и кожи), а также информировать о наличии инфекционных и вирусных заболеваний (СПИД, гепатит и др.).

3.3.2. В необходимых случаях проходить рентгенологическое обследование за отдельную плату.

3.3.3. При необходимости пройти дополнительное обследование и предоставить его результаты лечащему врачу.

3.3.4. Своевременно оплачивать стоимость лечения.

3.3.5. Точно и тщательно выполнять назначения и рекомендации лечащего врача.

3.3.6. Являться на прием в назначенное время, а при невозможности явки предупредить об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не менее чем за 12 часов до назначенного времени приёма.

3.3.7. Пациент обязан строго следовать этапам лечения и строго соблюдать их сроки для того, чтобы сохранить результаты проведённого лечения, не вызвать осложнений со стороны зубочелюстной и других систем, не нивелировать уже полученные результаты лечения.

3.3.8. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания и о принимаемых лекарственных препаратах.

3.3.9. Согласовать план лечения, согласие на проведение медицинского вмешательства.

3.3.10. Вести себя спокойно, вежливо и корректно по отношению к сотрудникам ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.3.11. Проходить профилактический осмотр один раз в шесть месяцев.

#### 3.4. ПАЦИЕНТ имеет право:

3.4.1. На получение доступной, достоверной информации в достаточном объеме.

3.4.2. В любое время отказаться от получения медицинской помощи, оплатив фактически произведенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ затраты и оказанные услуги.

3.4.3. Выбрать день и время приёма визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учётом занятости времени персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ другими ПАЦИЕНТАМИ.

3.4.5. Перенести ранее назначенный ему приём на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учётом занятости времени персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ другими ПАЦИЕНТАМИ.

3.4.6. При появлении жалоб, возникших после лечения в ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК», обратиться непосредственно к ИСПОЛНИТЕЛЮ.

### 4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

4.1. Цены на Услуги, оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ, определяются прейскурантом цен, с которым ПАЦИЕНТ обязан ознакомиться при подписании настоящего договора.

4.2. Стоимость Услуг определяется Планом лечения и является предварительной и может изменяться Клиникой в одностороннем порядке в случае изменения прейскуранта цен и (или) изменения с согласия ПАЦИЕНТА Плана лечения. Предварительная стоимость услуг на момент подписания договора составляет \_\_\_\_\_.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе по согласованию с ПАЦИЕНТОМ увеличить стоимость Услуг в случае непредвиденного повышения расходов ИСПОЛНИТЕЛЯ на их оказание, а также в случае необходимости изменения Плана лечения или выполнения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями. Если ПАЦИЕНТ не дал согласие на изменение Плана лечения или выполнение дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, увеличивающими предварительную стоимость услуг, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора, при этом ПАЦИЕНТ обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость фактически оказанных Услуг.

4.4. Услуги оплачиваются ПАЦИЕНТОМ непосредственно после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг, с учетом внесенного аванса, по ценам, действующим на момент оказания Услуг.

4.5. Оплата производится наличным или безналичным (банковской картой) расчетом в рублях в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ. Допускается по согласованию сторон предварительная оплата путем безналичных перечислений в размере 100% стоимости стоматологических услуг на лицевой счет ИСПОЛНИТЕЛЯ. Оплату стоматологических услуг может производить представитель Потребителя. При оказании ортопедических и ортодонтических стоматологических медицинских Услуг ПАЦИЕНТ обязан внести аванс в размере 30-50 % стоимости Услуг в соответствии с Планом лечения до начала оказания Услуг. Окончательный расчёт производится ПАЦИЕНТОМ в день сдачи ортопедической (ортодонтической) конструкции. Порядок оплаты за Услуги по дентальной имплантации устанавливается дополнительным соглашением.

4.6. В случае недостаточности у ПАЦИЕНТА денежных средств для оплаты оказанных услуг, задолженность ПАЦИЕНТА перед ИСПОЛНИТЕЛЕМ оформляется долговой распиской либо по дополнительному соглашению ПАЦИЕНТУ может быть предоставлена рассрочка платежа.

4.7. ПАЦИЕНТУ, направленному к ИСПОЛНИТЕЛЮ страховой компанией ПАЦИЕНТА, медицинские стоматологические услуги, предусмотренные программой ДМС ПАЦИЕНТА, предоставляются бесплатно. Оплата таких услуг производится страховой организацией в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи по программе ДМС. Стоматологические услуги, не входящие в программу ДМС ПАЦИЕНТА, оплачиваются ПАЦИЕНТОМ за счет собственных средств в порядке и размере, предусмотренном настоящим договором.

4.8. В случае расторжения настоящего договора по инициативе ПАЦИЕНТА им производится оплата всех оказанных услуг и материальных затрат, сделанных ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с согласованным планом лечения.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством и при наличии вины.

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за недостатки оказанных Услуг, а также вред, причиненный здоровью ПАЦИЕНТА, в результате осложнений, возникших в период оказания Услуг или после оказания Услуг в течение гарантийного срока и срока службы, наступившие в результате: а) нарушения ПАЦИЕНТОМ правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги; б) неявки или несвоевременной явки ПАЦИЕНТА на запланированный прием для продолжения лечения или контрольного осмотра; в) несоблюдения ПАЦИЕНТОМ рекомендаций врача; г) несоблюдения ПАЦИЕНТОМ рекомендованного плана лечения, этапов лечения и сроков лечения; д) несообщения или недостоверного сообщения ПАЦИЕНТОМ сведений о состоянии своего здоровья; е) при возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении; ж) при отказе ПАЦИЕНТА от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий; з) при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или материалы), о возможности возникновения которых ИСПОЛНИТЕЛЬ не был предупрежден; и) при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за реализацию тех условий оказания медицинских услуг, с которыми ПАЦИЕНТ согласился до их оказания при даче информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг.

5.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ несёт ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

5.5. Все споры, возникающие в результате исполнения настоящего Договора, Стороны решают в досудебном порядке путем переговоров. Претензии ПАЦИЕНТА оформляются в письменной форме и рассматриваются ИСПОЛНИТЕЛЕМ в сроки, указанные в Законе от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в зависимости от требований ПАЦИЕНТА.

#### **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

6.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется хранить в тайне любую информацию и данные о состоянии здоровья ПАЦИЕНТА, не разглашать факты или информацию какой-либо третьей стороне без его предварительного согласия в соответствии с законодательством РФ. Обязательства по конфиденциальности и не использованию информации, наложенные настоящим Договором, не распространяются на общедоступную информацию, а также на информацию, которая окажется известной не по вине ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.2. ПАЦИЕНТ согласен на возможное использование ИСПОЛНИТЕЛЕМ или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении ПАЦИЕНТА, в том числе – слайдов, фотографий, моделей и т.д., для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и т.д., при условии соблюдения анонимности.

#### **7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в течение одного года. Срок действия настоящего договора автоматически пролонгируется на тот же срок, если ни одна из сторон не заявляет о его расторжении.

7.2. Договор может быть изменён, пролонгирован или досрочно расторгнут по соглашению сторон, а также в случае предусмотренных действующим законодательством и настоящим Договором. Во всём, что не предусмотрено Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.3. Договор составлен в двух подлинных экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

7.4. Подписывая настоящий договор, Пациент дает согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение и обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных Клиникой в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на информирование Пациента об услугах Клиники посредством телефонной и почтовой связи.

#### **1. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет гарантийные сроки и сроки службы на оказываемые услуги/ выполняемые работы в объемах и сроках, указанных в Положении о гарантийных обязательствах ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК».

8.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательство устранять недостатки оказанных Услуг, при условии соблюдения ПАЦИЕНТОМ правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги, а именно:

- а) соблюдения ПАЦИЕНТОМ всех рекомендаций врача;
- б) соблюдения ПАЦИЕНТОМ правил пользования результатом оказанной Услуги, в том числе ортопедической конструкцией, восстановленным зубом и т.п.;
- в) своевременной явке ПАЦИЕНТА на прием для продолжения лечения;
- г) посещения ПАЦИЕНТОМ плановых контрольных осмотров не реже 1 раза в 6 месяцев;
- д) незамедлительного, не позднее 3-х дней с момента выявления недостатков, обращения ПАЦИЕНТА к ИСПОЛНИТЕЛЮ за устранением выявленных недостатков;
- е) соблюдение ПАЦИЕНТОМ условий Положения о гарантийных обязательствах ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК».

8.3. В случае несоблюдения ПАЦИЕНТОМ хотя бы одного из перечисленных в п. 8.2. настоящего договора правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги, гарантийные обязательства ИСПОЛНИТЕЛЯ прекращаются, т.е. ПАЦИЕНТ утрачивает право предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной Услуги, в период действия гарантийного срока и срока службы по причине нарушения им правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги.

8.4. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма ПАЦИЕНТА, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества Услуг, если Услуги оказаны с соблюдением всех необходимых действий и условий, предъявляемых к Услугам данного вида.

**С Положением о гарантийных обязательствах ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК» и действующим прейскурантом цен ознакомлен до подписания договора, их содержание и смысл понятны, с ними согласен.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ /{Фамилия ИО} (Ф.И.О.)

**9. Реквизиты**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «ЭСТЕТ КЛИНИК»**

Юридический адрес: **414024 г. Астрахань,**

**ул. Бакинская, дом 4, корпус 2, пом. 2**

Фактический Адрес:

г. Астрахань, ул. Бакинская, дом 4, корпус 2, пом. 2  
телефон: 48-14-48

**ИНН 3025012317, КПП 302501001**

Банковские реквизиты: **р/с 40702810905000004800 в банке**

**АСТРАХАНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8625**

**ПАО СБЕРБАНК, БИК 041203602,**

**к/с 3010181050000000602**

**ПАЦИЕНТ:**

**АДРЕС:**

Паспорт: Серия  
, выдан

Тел:

Директор \_\_\_\_\_/  
(подпись)

Администратор \_\_\_\_\_/  
(подпись)      расшифровка

Пациент \_\_\_\_\_/{ФамилияИО}/  
(подпись)                      (ФИО)

Дата