

ДОГОВОР

оказания возмездных медицинских услуг

г. Москва

от « ____ » _____ 20 ____ года

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника Владимира Новикова» /ООО «СКВН», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице генерального директора Новикова В.С. с одной стороны,

ФИО пациента

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных стоматологических услуг в клинике Исполнителя. Целью оказания услуг является восстановление или сохранение стоматологического здоровья Пациента в пределах возможностей Исполнителя и материальных возможностей Пациента. Оказание услуг осуществляется при активном участии самого Пациента, без участия Пациента оказание услуг невозможно. Перечень работ/услуг, а также сроки согласовываются с Пациентом дополнительно и отражаются в медицинской карте стоматологического больного, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Стоматологические услуги оказываются на основании действующего Законодательства, регистрационный номер лицензии Л041-01137-77/00338312 от 27.12.2019г., выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы по адресу: г. Москва, Лопухинский переулок дом 3 стр.3 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 профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

1.3. Перед заключением Договора Пациент ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.4. Условия оказания услуг определяются «Правилами оказания возмездных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова».

1.5. Исполнитель организует и обеспечивает оказание стоматологических услуг поэтапно, исходя из жалоб и пожеланий Пациента, согласно медицинским показаниям, разрешённым к применению технологиям и в соответствии с перечнем услуг, указанным в лицензии.

1.6. Пациент добровольно берёт на себя обязательства (при полной информированности о характере оказываемой услуги, возможных осложнениях, технологических особенностях манипуляций и вмешательствах) оплачивать Исполнителю оказанные ему платные стоматологические услуги.

1.7. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Заказчиком (Потребителем) в письменном виде – заказным письмом.

1.8. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2. Права и обязанности сторон

Исполнитель обязуется:

2.1.1. На каждом приёме проводить осмотр Пациента врачом стоматологом (терапевтом, хирургом, ортопедом, ортодонтом, пародонтологом или гигиенистом — по медицинским показаниям). При необходимости — выдавать направления на осмотр, консультацию, лечение в других медицинских учреждениях.

2.1.2. Предоставлять Пациенту в доступной для него форме всю информацию о состоянии его здоровья, полученную в ходе обследования и лечения, а также о результатах проводимого лечения. Вносить всю информацию, касающуюся здоровья Пациента и проводимого медицинского вмешательства, в медицинскую документацию. Хранить медицинскую документацию согласно действующему законодательству.

2.1.3. На каждом этапе знакомить Пациента с планом, сроком и стоимостью предлагаемого стоматологического лечения, с возможными исходами, степенью риска. При изменении плана, срока или стоимости лечения информировать об этом Пациента и осуществлять дальнейшее лечение с его согласия.

2.1.4. Исполнять все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства в соответствии с законодательством, требованиями уполномоченных государственных органов и объективным состоянием здоровья Пациента на момент оказания стоматологической услуги.

2.1.5. Устанавливать гарантийные сроки на оказанные услуги и информировать Пациента об условиях гарантийного обслуживания в соответствии с «Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании возмездных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова».

2.1.6. В случае изменения условий оказания услуг информировать об этом Пациента на ближайшем приёме.

2.1.7. Своевременно оповещать Пациента по телефону, с помощью SMS или по указанному способу связи о необходимости переноса запланированного приёма.

2.1.8. Соблюдать врачебную тайну, осуществлять мероприятия по защите персональных данных Пациента согласно действующему законодательству.

Пациент обязуется:

2.2.1. Ознакомиться с «Правилами оказания возмездных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова» и соблюдать эти правила.

2.2.2. Заполнить предложенную анкету здоровья с полными и достоверными сведениями для оценки общего состояния здоровья Пациента, внимательно изучив её и отметив все имеющиеся отклонения в состоянии своего здоровья. В случаях изменения состояния своего здоровья информировать Исполнителя посредством заполнения новой анкеты здоровья.

2.2.3. Неукоснительно выполнять требования и назначения лечащих врачей, следовать полученным рекомендациям, инструкциям, правилам пользования и другим указаниям врачей.

2.2.4. Немедленно извещать лечащих врачей об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, принимаемых лекарственных препаратах.

2.2.5. Своевременно, как минимум за 24 (двадцать четыре) часа известить Исполнителя о невозможности явки на плановый приём при личном посещении клиники, по телефону и другим каналам связи.

2.2.6. Знакомиться с информацией в амбулаторной карте, дополнительных соглашениях, информированных добровольных согласиях (отказах) на медицинское вмешательство и других документах, представленных работниками Исполнителя, подтверждать ознакомление своей подписью.

2.2.7. Своевременно оплачивать предоставленные услуги согласно действующему прейскуранту на момент оказания услуг.

2.2.8. Своевременно принимать выполненные работы (оказанные услуги), подписывая Акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.

Права сторон:

2.3.1. По личной просьбе Пациента или его лечащего врача, а также по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) Исполнитель может заменить лечащего врача.

2.3.2. Исполнитель может отказаться от оказания услуг, если требуемое Пациентом лечение может вызвать нежелательные последствия для здоровья Пациента, не соответствует требованиям технологий или условиям п. 1.2 или п. 1.4 настоящего договора.

2.3.3. Исполнитель может изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем и стоимость диагностики и лечения по предварительному согласованию с Пациентом.

2.3.4. Исполнитель может привлекать третьих лиц для исполнения настоящего договора путем направления Пациента в медицинские учреждения или привлечения специалистов из них для проведения консультаций и иных дополнительных методов исследования. Услуги, оказываемые третьими лицами, оплачиваются отдельно в соответствии с выставляемыми счетами.

2.3.5. Исполнитель может 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.

2.3.6. Пациент вправе получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

2.3.7. Пациент вправе отказаться от дальнейших услуг Исполнителя при условии полной оплаты уже оказанных Исполнителем услуг.

2.3.8. Пациент вправе требовать предоставления полной информации о состоянии своего здоровья и проведенном лечении, в том числе затребовать выписку об объеме оказанной помощи, использованных медикаментах и материалах. По письменному заявлению Пациента в течение 30 дней Исполнитель готовит выписку из истории болезни (эпикриз). Выписка выдается Пациенту лично или его доверенным лицам. Подлинники документов хранятся у Исполнителя и на руки Пациенту не выдаются.

3. Ответственность сторон

3.1. Исполнитель несёт ответственность за качество оказания услуг по диагностике и лечению Пациента.

3.2. При отказе Пациента от дополнительных обследований, постановки проб, необходимых для адекватного лечения и профилактики ухудшения здоровья Пациента, Исполнитель не несёт ответственности за наступление осложнений, побочных реакций и ухудшение состояния здоровья Пациента.

3.3. Пациент несёт ответственность за достоверность предоставляемой им информации, выполнение требований, назначений, рекомендаций, инструкций, правил пользования и других указаний врачей, соблюдение правил посещения клиники Исполнителя, графика контрольных осмотров, своевременную оплату медицинских услуг.

3.4. При обнаружении недостатков услуги Исполнитель устраняет их за счёт собственных средств согласно действующему законодательству.

3.5. Исполнитель не несёт ответственность за качество оказания услуг, оказанных Пациенту другими медицинскими учреждениями.

4. Порядок расчётов

4.1. Оплата оказанных услуг (обследование, диагностика, лечение, профессиональная гигиена, контрольные осмотры) осуществляется Пациентом в день приема согласно действующему на день оплаты прейскуранту, путем внесения наличных денежных средств

в кассу Исполнителя, перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или другими способами, предусмотренными действующим законодательством.

4.2. Оплата стоматологических услуг (ортопедия) осуществляется в день оформления заказ-наряда, согласования с Пациентом основного плана лечения и согласования с Пациентом финансового плана – Пациентом вносится предоплата 100% стоимости лечения на расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или другими способами, предусмотренными действующим законодательством. Окончательный расчет производится по завершению ортопедического лечения.

4.3 Оплата стоматологических услуг по Программе ортодонтического лечения осуществляется в день, согласования с Пациентом основного плана лечения и согласования с Пациентом финансового плана – Пациентом вносится предоплата 50% стоимости лечения на расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или другими способами, предусмотренными действующим законодательством. Окончательный расчет производится на дату фиксации ортодонтической конструкции, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или другими способами, предусмотренными действующим законодательством.

4.4. Оплата стоматологических услуг (имплантология, анестезиология) осуществляется в день согласования с Пациентом финансового плана – Пациентом вносится 100% предоплата.

4.5. По согласованию с Исполнителем возможны внесение авансовых платежей на другие виды лечения.

4.6. В случае, если Пациент заключил договор добровольного медицинского страхования со страховой компанией, которая заключила с Исполнителем договор на оказание медицинских услуг застрахованному контингенту, эти договоры на момент оказания услуги Пациенту действительны и не приостановлены, услуги оказаны в рамках программ медицинского страхования для данного Пациента, Пациент указан в списках страховой компании и предъявил страховой медицинский полис, оплата услуг производится страховой компанией в порядке, предусмотренном договором между Исполнителем и страховой компанией. Если оказанные Пациенту услуги не входят в страховую программу или не выполнены другие условия настоящего пункта, Пациент оплачивает услуги самостоятельно.

5. Порядок изменения оговоренного количества услуг

5.1. При необходимости проведения дополнительных медицинских исследований, процедур или в случае изменения (уточнения) диагноза, для реализации предмета настоящего Договора, Исполнитель информирует Пациента об этом и предлагает оплатить названные дополнительные медицинские вмешательства и манипуляции в соответствии с Прейскурантом. В случае согласия Пациента и оплаты таких дополнительных услуг, Исполнитель продолжает оказывать услуги, предусмотренные настоящим Договором.

5.2. В случае несогласия Пациента на проведение дополнительных медицинских исследований и процедур и/или оказания необходимых дополнительных услуг, Исполнитель, руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, письменно оформляет Отказ от медицинского вмешательства, который подписывает Пациент.

5.3. При отсутствии у Исполнителя возможностей исполнить свои обязательства по настоящему Договору, Исполнитель вправе направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Целью Сторон является своевременное и качественное исполнение своих обязательств по договору. Споры, возникающие между Сторонами в процессе исполнения настоящего Договора, Стороны стремятся разрешить путём переговоров, относясь друг к другу с максимальным уважением и учитывая возможности и интересы друг друга.

6.2. Претензии Пациента составляются письменно и рассматриваются Исполнителем в течение 10 (Десяти) дней.

6.3. Исполнитель не несёт ответственности в случае недостижения ожидаемого восстановления или сохранения здоровья Пациента (неблагоприятный исход) вследствие неизлечимости болезни, атипичности течения её у Пациента, несвоевременности обращения Пациента за медицинской помощью, особой чувствительности Пациента к некоторым медикаментам, аномалий развития отдельных органов и систем Пациента, а также других причин, не зависящих от действий Исполнителя, при условии выполнения Исполнителем всех принятых на себя обязательств.

6.4. За неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг Пациент несёт ответственность в установленном законом порядке.

6.5. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

6.6. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Досудебный порядок рассмотрения споров обязателен.

6.7. При невозможности решить разногласия переговорным путём, все споры, разногласия или претензии, требования, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе, касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, подлежат разрешению в судебном порядке согласно действующему законодательству. Решение суда является обязательным для обеих сторон.

6.8. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

7. Срок действия и порядок расторжения договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами, и является бессрочным.

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Пациента в любое время, но после оплаты полученных услуг по действующему на день оплаты прейскуранту.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в случае нарушения Пациентом лечебного режима, врачебных назначений, «Правил оказания возмездных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова», неисполнения Пациентом принятых по настоящему договору обязательств. При этом Пациент обязан оплатить уже полученные услуги по действующему прейскуранту.

8. Дополнительные условия

8.1. После оказания запланированных услуг Исполнитель осуществляет медицинское наблюдение за Пациентом в соответствии с графиком контрольных осмотров, составленным Исполнителем. Записи о прохождении контрольных осмотров делаются врачом Исполнителя в медицинской карте стоматологического больного.

8.2. Внедоговорные последствия медицинской услуги при корректном её исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.

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

8.4. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора лечебного учреждения и лечащего врача, ознакомлен и согласен с правилами оказания возмездных медицинских услуг в ООО «СКВН», с Прейскурантом, с перечнем,

сроками оказания и стоимостью, с «Положением об установлении гарантийных обязательствах при оказании возмездных медицинских услуг» в клинике Исполнителя.

8.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Пациента, другой — у Исполнителя.

Исполнитель:

ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова»

г. Москва, Лопухинский пер.3 стр.3 тел. 8 (495) 637-41-93, 580-28-05, ЕГРЮЛ (ОГРН) 1027739325767 ГУ Московская регистрационная палата.

Регистрационный номер лицензии Л041-01137-77/00338312 от 27.12.2019г., выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы;

127006 Москва, Оружейный переулок, д.43; тел.8-495-777-77-77

Адрес фактического оказания услуг: г. Москва, Лопухинский пер.3 стр.3

www.vn-center.ru , info@vn-center.ru

Генеральный директор

_____/Новиков В.С./

М.П.



Пациент:

Ф.И.О. _____

Паспорт _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

Код подразделения _____

Адрес _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Тел.: _____

_____/_____

Подпись

ФИО