

- Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г.
- Закон «О защите прав потребителей»
- Условия лицензирования Клиники

## ДОГОВОР оказания стоматологических услуг

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПРОФСИТИДЕНТА», в лице генерального директора Глушко Натальи Владимировны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и Гражданина(ки) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

именуемого(ой) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель, действующий на основании лицензии № ЛО-77-01-004876 от 23 апреля 2012 г., выданной департаментом здравоохранения города Москвы, обязуется оказать пациенту стоматологические услуги в соответствии с условиями, планом лечения, согласованным Сторонами, который является неотъемлемой частью данного Договора.

### 2. Обязательства сторон

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента, а в 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.

2.1.2. Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:

- о состоянии полости рта;
- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.3. Ознакомить пациента и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (лечение кариеса; лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.).

2.1.4. Составить для пациента рекомендуемый план лечения, осуществление которого в максимальной степени устранил выявленные нарушения в полости рта.

2.1.5. Составить и согласовать с Пациентом выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и сроков их исполнения.

2.1.6. Информировать Пациента о стоимости услуг(и) до ее (их) оказания:

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны,
- или назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

2.1.7. Определить и ознакомить Пациента с гарантиями на оказываемые услуги.

Гарантийные обязательства исполняются при следующих условиях:

- 1) Прохождение Пациентом бесплатных профилактических осмотров у Исполнителя раз в полгода;
- 2) Соблюдение Пациентом гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями Исполнителя;
- 3) Проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике(ах);

4) Обращение в клинику(и) Исполнителя, в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;

5) Предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения Пациента к ним за неотложной стоматологической помощью;

6) Гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с Исполнителем.

Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются, в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

**2.1.8.** Составить для пациента индивидуальный план профилактических мероприятий с целью снижения риска развития заболеваний полости рта и уменьшения тяжести течения выявленных стоматологических заболеваний.

**2.1.9.** Обеспечить качество стоматологических услуг:

- силами врачей, в помещении, средствами, оборудованием и материалами Исполнителя, в соответствии с медицинскими показаниями;

- с применением высококачественных инструментов и материалов;

- с использованием современных технологий лечения;

- с предоставлением высокого уровня обслуживания.

**2.1.10.** Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы).

**2.1.11.** Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

## **2.2. Пациент обязуется:**

**2.2.1.** Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор<sup>1) 2)</sup>):

- о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах;

- о проведенных ранее обследованиях и лечениях;

- об аллергических реакциях;

- об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

**2.2.2.** Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

**2.2.3.** Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.

**2.2.4.** Удостоверить личной подписью следующее:

- информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;

- факт ознакомления с «Положением о гарантиях на стоматологические услуги», действующим у Исполнителя;

- сообщенные сведения о своем здоровье;

- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения;

- факт ознакомления с назначениями и рекомендациями;

- факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги (в гарантийном талоне).

**2.2.5.** Своевременно оплатить согласованные с ним услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

**2.2.6.** Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В случае обращения в другие клиники, претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

---

1) При лечении несовершеннолетнего, не достигшего 14 лет, – вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя.

2) При лечении несовершеннолетнего от 14 до 18 лет – вносятся его паспортные данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей (согласие подписывается в клинике или заверено нотариально).

### 3. Цена услуг и порядок расчетов

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с Прейскурантом в условных единицах по курсу, установленному Исполнителем.

3.2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях в наличной или безналичной формах.

3.3. При выполнении ортопедических и ортодонтических работ пациент вносит предоплату в размере, определяемом Исполнителем.

3.4. Пациенту и его семье предоставляется система накопительных скидок.

3.5. При заключении Договора пациент, по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс.

### 4. Ответственность сторон

4.1. Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

### 5. Дополнительные условия

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случаях установленных законодательством РФ.

5.3. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике);

- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в клинике);

- рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные Исполнителем (хранятся в амбулаторной карте пациента).

5.4. Необходимым условием оказания медицинского обслуживания является документирование проводимого лечения путем фотосъемки и/или видеосъемки. Фотоматериалы могут использоваться в научных и информационных целях в обезличенном виде. Результаты съемок хранятся в стоматологической клинике и их копии могут выдаваться Пациенту по его требованию.

5.5. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Пациентом по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости – экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации (Общероссийской), в установленном порядке.

5.6. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.7. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

### 6. Реквизиты и подписи сторон:

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

##### ООО «ПРОФСИТИДЕНТА»

Юридический адрес: 123060, г. Москва,

ул. Маршала Бирюзова, д. 21, этаж 3, пом. I, к.11

Тел.: +7(499)194-8668, +7(499)194-2111

ОГРН: 1077760001461

ИНН: 7710688666

КПП: 773401001

Р/сч: 40702810038170011244

ПАО Сбербанк, г. Москва

К/сч: 30101810400000000225

БИК: 044525225

ОКПО: 82568322

Генеральный  
директор \_\_\_\_\_

Глушко Н.В.

#### ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

(кем, когда)

Подпись: \_\_\_\_\_

- Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г.
- Закон «О защите прав потребителей»
- Условия лицензирования Клиники

Приложение № 1 к договору № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

## **Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, в рамках Договора № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ПРОФСИТИДЕНТА» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ).

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_