

# ДОГОВОР № Имп- оказания платной медицинской услуги – операции имплантации

г. Киров

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**КОГБУЗ «Кировский клинический стоматологический центр»** (лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана 07 ноября 2018 г. бессрочно министерством здравоохранения Кировской области (610019 г. Киров ул. К. Либкнехта, 69, тел. 27-27-25), регистрационный номер лицензии Л041-01160-43/00328187) по стоматологии: терапевтической, хирургической, ортопедической, детской; ортодонтии, другим услугам, оказываемым по лицензируемому виду деятельности), именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Халявиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

**Киров Михаил Анатольевич** 14 октября 1979 г. рождения, проживающий по адресу: г. Киров ул. Чапаева д. 36 кв. 46, паспорт 33 02 929696 выдан 31.01.03, тел. 8-922-661-13-87, именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель поручает врачу, имя которого указывается в приложениях к настоящему договору, оказать для Пациента в условиях амбулаторно-поликлинического приёма весь комплекс платных стоматологических услуг, необходимых для проведения операции имплантации в соответствии с требованиями, предъявляемыми к способам диагностики, профилактики и методам лечения, разрешаемым на территории РФ (далее по тексту – медицинские услуги). При этом перечень услуг указывается в приложении к Договору.
- 1.2. При подписании настоящего договора, стороны подтверждают, что они провели все необходимые консультации и обследования, определили конструкцию зубного протеза, Пациенту в доступной для него форме предоставлена вся необходимая информация о характере заболевания, предлагаемом лечении с определением его предварительной стоимости, о возможных альтернативных методах лечения и их стоимости, после чего стороны пришли к соглашению об оказании медицинских услуг на условиях настоящего договора.
- 1.3. Объем и периодичность предоставляемых по настоящему договору медицинских услуг определяются по согласованию сторон и отражаются в плане лечения, указанном в медицинской карте Пациента. Срок ожидания платных медицинских услуг согласовывается с Пациентом при записи на прием.

## 2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ГАРАНТИИ

- 2.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами условий договора и плана лечения. Дата проведения операции имплантации согласовывается сторонами и указывается в медицинской карте Пациента, послеоперационный период ориентировочно составляет 6 месяцев, и зависит от особенностей организма Пациента, что отражается в медицинской карте Пациента.
- 2.2. В случае исполнения Пациентом всех требований, назначений и рекомендаций Исполнителя, срок гарантии на оказываемую услугу составляет 6 месяцев со дня проведения операции имплантации на верхней челюсти и 3 месяца со дня проведения операции имплантации на нижней челюсти.
- 2.3. В исключительных случаях Исполнитель вправе устанавливать иные гарантийные сроки, что отражается в Акте об оказанных услугах за подписью Пациента.
- 2.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент ознакомлен с утверждёнными Исполнителем: Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», «Сроки оказания услуг» и с «Правилами внутреннего распорядка (информация для пациентов)» (документы размещены на официальном сайте «кксп.рф» и на информационных стендах Исполнителя).

## 3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, оплачиваются Пациентом по прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания услуг Пациенту, в полном объеме после согласования заказа-квитанции (приложения к Договору).
- 3.2. Расчёты по Договору осуществляются в кассе Исполнителя в наличной и/или безналичной форме по выбору Пациента.

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### **4.1. Исполнитель обязан:**

- 4.1.1. Информировать Пациента в доступной для него форме под роспись в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство о возможности развития осложнений (вплоть до выпадения имплантата) как в период лечения, так и в реабилитационный период и в последующее время.
- 4.1.2. Согласовать с Пациентом план лечения под роспись в медицинской карте.
- 4.1.3. Результаты осмотра и выводы, развитие возможных осложнений отразить в медицинской карте.
- 4.1.4. Выполнять услуги надлежащего качества в согласованные с Пациентом сроки в соответствии с планом лечения, отражённым в медицинской карте Пациента в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и состоянием здоровья Пациента на момент оказания услуги.
- 4.1.5. Поставить в известность Пациента о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, уменьшению продолжительности срока гарантии. Изменение плана лечения отражать в медицинской карте.

### **4.2. Исполнитель имеет право:**

- 4.2.1. Требовать выполнения Пациентом условий настоящего договора, рекомендаций и назначений лечащего врача.
- 4.2.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.
- 4.2.3. Отказать в приёме Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению лечения.

#### **4.3. Пациент имеет право:**

- 4.3.1. Получать всю необходимую информацию о ходе оказания ему услуг по настоящему договору. Информация должна быть достоверной, полной и доведена до Пациента в доступной для него форме.
- 4.3.2. В случае оказания Исполнителем услуг ненадлежащего качества, предъявить требования, предусмотренные законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.92.
- 4.3.3. Потребовать от Исполнителя предоставления в доступной для него форме информации о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

При этом Пациент направляет такой запрос Исполнителю в письменной форме с указанием адреса почтовой и/или электронной почты, по которому такая информация должна быть предоставлена и в форме каких документов. Исполнитель обязан ответить на такой запрос в течение 30 дней.

#### **4.4. Пациент обязан:**

- 4.4.1. При заключении настоящего договора предъявить Исполнителю паспорт гражданина РФ, или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с требованиями законодательства РФ
- 4.4.2. Подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, объективно отразить информацию о состоянии своего здоровья, представленной в Карте здоровья и других документах на оказание медицинских услуг. Расписаться в своей медицинской карте в разделе «План лечения» после согласования с ним плана лечения. Без подписания Информированного добровольного согласия оказание услуг Пациенту по настоящему договору не возможно.
- 4.4.3. Своевременно оплачивать стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора.
- 4.4.4. Являться на прием в установленные дни и время для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков. О невозможности явки сообщить по телефону **64-26-51** и/или по адресу электронной почты [kstp@e-kirov.ru](mailto:kstp@e-kirov.ru) не менее чем за 2 часа до приёма.
- 4.4.5. Выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача, включающие профилактический уход за имплантатом, а также режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента и правила поведения Пациента в медицинских организациях.
- 4.4.6. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в ходе лечения. Сообщать об изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении врача.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае недобросовестного выполнения Пациентом п. 4.4.2., 4.4.6. настоящего договора, что послужило причиной возникновения осложнений в ходе лечения по Договору, а так же по окончании лечения.
- 5.2. В случае неисполнения (ненадлежащего исполнения) сторонами своих обязательств по настоящему договору, они несут ответственность в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

### **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

- 6.1. Все обращения сторон будут считаться направленными по надлежащим адресам в случае их направления по адресам (в том числе по адресу электронной почты), указанным в Договоре.
- 6.2. Во всём, что не урегулировано Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
- 6.3. Любые изменения и дополнения к Договору оформляются сторонами в письменном виде.
- 6.4. Стороны договорились, что факсимильное воспроизведение подписи является допустимым в рамках исполнения настоящего договора
- 6.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

**Исполнитель:**

**КОГБУЗ «ККСЦ»** ОГРН 1184350012802 выдано свид-во 15.10.18.

ИФНС РФ по г. Кирову, ИНН 4345485120

Почтовый адрес: 610020 г. Киров ул. К. Либкнехта, 92

Адрес электронной почты: [kstp@e-kirov.ru](mailto:kstp@e-kirov.ru)

тел.: (8-8332) 64-52-77; 64-26-51 факс 64-97-44

Главный врач \_\_\_\_\_ /И. Н. Халявина/