

ДОГОВОР № _____

на оказание платных ортопедических медицинских услуг

г. Киров

«__» _____ г.

КОГБУЗ «Кировский клинический стоматологический центр» (лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана 07.11.2018 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), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Халявиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава и, с одной стороны, и

_____ (медицинская карта № _____)
паспорт: _____ выдан «__» _____ адрес места
жительства: _____, тел. _____

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель с согласия Пациента обязуется оказать Пациенту платные стоматологические ортопедические медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.
- 1.2. Услуги по настоящему договору оказываются Исполнителем в условиях амбулаторно-поликлинического приёма. Срок ожидания платных медицинских услуг согласовывается с Пациентом при записи на прием.
- 1.3. ФИО лечащего врача, выбранного Пациентом, который является работником Исполнителя и оказывает услуги Пациенту от имени Исполнителя, прописывается в приложении к настоящему договору.
- 1.4. Перечень услуг, оказываемых Пациенту по настоящему договору, сроки их оказания и стоимость определяется сторонами и оформляется приложением(ями) к настоящему договору
- 1.5. Срок действия настоящего договора определяется сторонами с момента его заключения и по _____. Исполнитель имеет право выполнить услуги досрочно, либо продлить срок исполнения, согласовав данный вопрос с Пациентом.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. До начала лечения обеспечить подписание Пациентом Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
- 2.1.2. После подписания Пациентом Информированного добровольного согласия, указанного в п. 2.1.1. Договора, провести клинический осмотр, обследование Пациента для составления плана подготовки к протезированию и определения вариантов протезирования.
- 2.1.3. Информировать Пациента о предполагаемом терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом, ортопедическом лечении, применяемых материалах и их стоимости.
- 2.1.4. Отразить в медицинской карте стоматологического больного данные о результатах обследования Пациента, диагноз, план подготовки к протезированию, предложенные Пациенту варианты протезирования, согласовать за подписью пациента окончательный план протезирования.
- 2.1.5. Приступить к реализации согласованного с Пациентом плана протезирования только после подписания Пациентом Информированного добровольного согласия на стоматологическое ортопедическое вмешательство, доведя до Пациента в доступной для него форме информацию о предполагаемом ходе лечения, его стоимости, возможном изменении согласованного лечения и изменении его стоимости, о возможных осложнениях при проведении лечения
- 2.1.6. Оказать услуги в полном объеме согласно приложений к настоящему Договору надлежащего качества, с использованием имеющихся в Учреждении материалов и оборудования, в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями по установленному диагнозу, утвержденными в соответствии с требованиями Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".
- 2.1.7. Осуществлять лечение в соответствии с принципами медицинской этики, хранить врачебную тайну.

2.2. Исполнитель вправе:

- 2.2.1. После согласования с Пациентом вносить изменения в согласованный план лечения с обязательным внесением записи в медицинскую карту Пациента за его подписью и внесением изменений в Договор при изменении стоимости и перечня ортопедических услуг, указанных в приложении к нему.
- 2.2.2. В случае уважительной причины провести замену лечащего врача по согласованию с Пациентом.

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. При заключении настоящего договора предъявить Исполнителю паспорт гражданина РФ, или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 2.3.2. После получения от Исполнителя всех необходимых разъяснений подписать Информированное добровольное согласие на стоматологическое ортопедическое вмешательство, расписаться в медицинской карте в ознакомлении и согласии с выбранным планом протезирования и подготовки к протезированию. Без подписания Информированного добровольного согласия оказание стоматологической ортопедической помощи Пациенту по настоящему договору не возможно.
- 2.3.3. Оплатить работу Исполнителя в полном объеме после согласования заказа-квитанции (приложения к Договору).
- 2.3.4. Достоверно и в полном объеме сообщать всю информацию о своём здоровье как при заполнении карты здоровья, так и в ходе лечения в случае изменения состояния здоровья, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента и правила поведения Пациента в медицинских организациях.

2.3.5. Являться на лечение в установленное время. О невозможности явки сообщать по тел. **64-26-51** и/или по адресу электронной почты kstp@e-kirov.ru в срок не менее, чем за 24 часа до указанного времени.

2.3.6. Выполнять все указания лечащего врача, все рекомендации по гигиене полости рта и уходу за протезами.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. 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.

2.4.2. В случае оказания ортопедических стоматологических услуг ненадлежащего качества, предъявить требования, предусмотренные законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.92.

2.4.3. 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

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, оплачиваются Пациентом по прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания услуг Пациенту.

3.2. Расчёты по Договору осуществляются в кассе Исполнителя в наличной и/или безналичной форме по выбору Пациента.

4. ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ

4.1. Исполнителем устанавливаются следующие гарантийные сроки: виниры, штампованные коронки из стали, штампованные комбинированные коронки, мостовидные протезы штамповано-паяные, частичные съёмные пластиночные протезы – 6 месяцев, остальные виды протезирования – 12 месяцев; починка протезов – 1 месяц.

4.2. В исключительных случаях Исполнитель вправе устанавливать иные гарантийные сроки, что отражается в Акте об оказанных медицинских услугах за подписью Пациента.

4.3. 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).

4.4. Стороны начинают исчислять срок гарантии с момента подписания Акта об оказанных услугах и окончательной установки постоянных протезов в кабинете врача, не зависимо от того, пользуется ими в дальнейшем Пациент, или нет. Срок гарантии не возобновляется при коррекции протезов в процессе носки.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. При расторжении Договора по соглашению сторон до окончания его исполнения (за исключением наступления форс-мажорных обстоятельств, ответственность при которых по Договору не наступает), Исполнитель возвращает Пациенту уплаченную сумму за вычетом фактически оказанного объема услуг и стоимости потраченных для этого материалов.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае недобросовестного выполнения Пациентом п. 2.3.4. Договора, что послужило причиной возникновения осложнений в ходе лечения по Договору, а так же по окончании лечения.

5.3. В случае нарушения установленных сроков выполнения работы Исполнитель уплачивает Пациенту пеню в размере 3% от суммы за каждый день просрочки.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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 действующим 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 настоящего договора

6.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:

(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

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

Главный врач _____ /И. Н. Халявина/