Настоящим я,

(Ф.И.О. Пациента/Заказчика, законного представителя Пациента, с соответствующей оговоркой, содержащей Ф.И.О. Пациента)

подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящим я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Пациента, адрес, данные документа, удостоверяющего личность)

или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Заказчика (законного представителя Пациента), адрес, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя)

даю согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в имеющихся информационных системах Исполнителя, путем фиксации их на материальных носителях, путем фотографирования и видеозаписи состояния здоровья до, во время и после лечения, использования бланков первичных учетных документов и унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде) персональных данных о состоянии здоровья медицинскими работниками ООО «Денталюкс» (428003, г. Чебоксары, ул. П. Ермолаева, д.1), а так же работниками, не занимающимися профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оформления первичных учетных и медицинских документов, их хранения. Исполнитель вправе передавать (предоставлять) мои персональные данные страховым организациям в целях исполнения договоров на оказание медицинских услуг **по добровольному медицинскому страхованию**, передавать персональные данные в медицинские организации, которые привлекаются Исполнителем для исполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг. Исполнитель вправе поручить обработку персональных данных уполномоченным лицам на основании договоров, заключаемых между Исполнителем и уполномоченными лицами. Я уведомлен(а), что имею возможность отзыва согласия на обработку персональных данных. Срок действия согласия соответствует сроку хранения первичных учетных и медицинских документов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ф.и.о)

**РАМОЧНЫЙ ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Чебоксары \_\_**.\_\_\_\_.20\_\_\_** г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Денталюкс»** (лицензия № ЛО41-01191-21/00348763 от 20.04.2020 на осуществление медицинской деятельности (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по сестринскому делу, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, выдана Минздравом Чувашии, срок действия: бессрочно), в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дельнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) РФ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

именуемый в дальнейшем «Пациент»,

или\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. одного из родителей, степень родства (мать, отец), Ф.И.О. иного законного представителя)

именуемый (ая) далее «Заказчик», являющийся законным представителем несовершеннолетнего гражданина(ки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента, дата рождения)

или\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. представителя)

действующего на основании доверенности «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г., именуемый(ая) далее «Заказчик», являющий(ая)ся представителем гражданина(ки),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

с другой стороны, заключили рамочный договор (далее по тексту « Договор») о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

**1.1**.По настоящему Договору Исполнитель в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, именуемые в дальнейшем «медицинские услуги», а Пациент/Заказчик обязуется своевременно оплатить эти услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

**1.2**. Перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки оказания медицинских услуг определяются сторонами путем оформления на основании ст. 429.1 Гражданского кодекса Российской Федерации планов лечения в виде приложений, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора, подписываемых между Исполнителем и Пациентом/Заказчиком. План лечения может изменяться по медицинским показаниям (в случае изменения состояния полости рта и клинической ситуации, уточнения диагноза) по согласованию Сторон. При изменении плана лечения составляется новый план лечения, предыдущий план лечения в измененной части не исполняется.

**1.3.** Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями, желанием Пациента и техническими возможностями Исполнителя.

**1.4.** В рамках действия настоящего Договора в отношениях с Исполнителем, медицинскими и иными работниками Исполнителя права и интересы детей (несовершеннолетних граждан) представляет один из родителей или иной законный представитель (опекун и др.), заключивший настоящий Договор.

**2. СТОИМОСТЬ ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

**2.1.** Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту, определяется исходя из согласованного сторонами плана лечения и прейскуранта на платные медицинские услуги, утвержденного Исполнителем, действующего на момент оказания услуги. Если впоследствии возникла необходимость изменения плана лечения, в том числе в связи с необходимостью предоставления не предусмотренных планом лечения дополнительных медицинских услуг, то стоимость оказываемых Пациенту услуг корректируется. Окончательная стоимость медицинских услуг определяется после окончания лечения в соответствии с фактическим объемом оказанных Пациенту услуг и прейскурантом на платные медицинские услуги, действующим на момент оказания конкретной услуги. Стоимость оказанных медицинских услуг указывается в квитанции установленной формы, составляемой в двух экземплярах и подписываемой обеими Сторонами, подтверждающей факт оказания услуг в указанных объемах. В случае отказа Пациента/Заказчика от ее подписания без письменного мотивированного возражения, услуги считаются выполненными надлежащим образом в соответствии с условиями настоящего Договора.

**2.2.** Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом/Заказчиком в рублях, по факту выполнения работы в день оказания услуги, путём внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Исполнителя, через терминалы либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, либо иным, не запрещённым законом способом. При заключении Договора Пациент/Заказчик, по желанию, может оплатить медицинские услуги непосредственно перед их оказанием в полном объеме или внести аванс.

**2.3**. При оказании ортопедических, ортодонтических, хирургических (имплантация) стоматологических услуг Пациент/Заказчик производит авансовую оплату материалов Исполнителя в размере от 30% до 100% общей стоимости услуг в день согласования подписания Сторонами плана лечения. Окончательный расчет услуг осуществляется Пациентом/Заказчиком при получении (услуги) работы в полном объеме.

При изготовлении любых видов ортопедических конструкций в срочном порядке (до 14 дней) стоимость работ зуботехнической лаборатории исчисляется с учетом 1,5 кратного коэффициента.

**2.4.** В случае рассрочки оплаты лечения заключается дополнительное соглашение, в котором указываются суммы, этапы и сроки погашения задолженности.

**2.5.**. В случае нарушения сроков оплаты за оказанные услуги Исполнитель имеет право потребовать с Пациента пени в размере ставки рефинансирования Центробанка РФ от суммы долга за каждый день просрочки платежа, если более высокий процент пени не предусмотрен Сторонами.

**2.6.** Оплата за медицинские услуги может производиться как самим Пациентом/Заказчиком, так и его страховой компанией, работодателем или другим заинтересованным лицом. В случае оказания медицинских услуг на основании договора ДМС или за счет средств работодателя, Пациент/Заказчик оплачивает медицинские услуги, не входящие в программу ДМС и/или не оплаченные страховой компанией или работодателем.

**2.7.** Оказание медицинских услуг подтверждается записями лечащего врача в медицинской документации, квитанциями, подписанными сторонами, и иными документами, в том числе, заказ – нарядами (в отношении услуг по ортопедической стоматологии и ортодонтии).

**3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

**3.1.** Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информационного добровольного согласия Пациента/Заказчика. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Пациента/Заказчика в информационном добровольном согласии на медицинское вмешательство является подтверждением предоставления Исполнителем необходимой и достоверной информации о состоянии здоровья, о медицинских услугах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанным с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

**3.2**. Медицинские услуги оказываются в соответствии с условиями настоящего договора, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения рентгенологических исследований, с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), на основании критериев оценки качества медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (при их наличии).

**3.3.** Медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента/Заказчика.

**3.4** Уполномоченный представитель Исполнителя (лечащий врач соответствующего профиля) в целях оказания медицинских услуг по настоящему Договору выбирается Пациентом/Заказчиком с учетом согласия врача путем оформления записи на прием. В случае замены лечащего врача по инициативе Исполнителя или Пациента/Заказчика, Исполнителем назначается другой лечащий врач с учетом выбора Пациента/Заказчика и согласия врача.

**3.5.** В случае, если при оказании платных медицинских услуг возникает необходимость предоставления по медицинским показаниям дополнительных, не предусмотренных планом лечения медицинских услуг, Исполнитель обязан проинформировать об этом Пациента/Заказчика, а также предоставить Пациенту/Заказчику всю связанную с этим информацию о возможных вариантах медицинского вмешательства, всех рисках и последствиях проведения и не проведения такого вмешательства и скорректировать план лечения, в случае получения на то от Пациента/Заказчика соответствующего согласия.

Составление нового плана лечения не требуется в случае отклонения от предварительно оформленного плана лечения в случае обнаружения дополнительных корневых каналов в зубах после их вскрытия, не предусмотренных планом лечения, или введения дополнительной анестезии для обезболивания во время лечения, а также в других случаях, когда по медицинским показаниям требуется коррекция лечения, которое невозможно было предусмотреть до начала лечения на этапе составления плана лечения. В аналогичных случаях достаточно устное согласие Пациента/Заказчика на коррекцию лечения.

Исполнитель не вправе оказывать Пациенту услуги, не согласованные Пациентом/Заказчиком.

**3.6** Стороны соглашаются с тем, что Пациент/Заказчик информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чувашской Республике, Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи, при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

**3.7.** Платные медицинские услуги предоставляются в сроки, предусмотренные приложениями к настоящему Договору, медицинской документацией, при условии, что Пациент/Заказчик будет являться на прием в назначенные дни и время, соблюдать (выполнять) рекомендации/указания лечащего врача/специалиста. Сроки оказания медицинских услуг определяются Пациентом/Заказчиком и Исполнителем исходя из диагноза, плана обследования и лечения. В случае замены лечащего врача, изменение плана обследования и лечения, необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям, неявки Пациента/Заказчика на прием в назначенные дни и время, несоблюдения (невыполнения) рекомендаций лечащего врача, сроки оказания медицинских услуг могут быть изменены.

Сроки ожидания медицинских услуг: прием пациента осуществляется в часы и дни приема по предварительной записи в соответствии с расписанием приема врачей Исполнителя. При острой зубной боли прием возможен при наличии свободного времени в графике работы врачей.

При отсутствии свободного времени в расписании приёма врачей пациенту предлагается записаться в лист ожидания. Ориентировочные сроки ожидания медицинских услуг в клинике в зависимости от загруженности медицинского персонала составляют от двух дней до двух недель со дня обращения для записи на прием.

3.8. Рекомендации и назначения, которые необходимо соблюдать для достижения предполагаемого положительного результата и сохранения достигнутого результата, определены в Правилах использования результатов стоматологических работ и услуг, которые находятся в открытом доступе для Пациента.

**3.8.9.** Пациент/Заказчик информирован, понимает и соглашается, что при длительном его отсутствии (более 30 календарных дней) зубы могут изменить свое положение, ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая/ортодонтическая конструкция может быть неприменима для использования и будет подлежать переделке/замене за счет средств Пациента/Заказчика.

3.8.10. Услуги по ортопедической стоматологии оказываются с привлечением третьих лиц – зуботехнических лабораторий.

Исполнитель поручает обработку персональных данных Пациента привлекаемой зуботехнической лаборатории по договору между ними. Заключая настоящий договор, Заказчик/Пациент соглашается с поручением обработки персональных данных Пациента (ф.и.о., пол, данные формулы зубов) привлекаемой зуботехнической лаборатории.

**3.9.10.** Пациент/Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с действующим в ООО «Денталюкс» прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с правилами поведения пациентов в ООО «Денталюкс»;

- ознакомил его с положением о гарантийных обязательствах в ООО «Денталюкс»;

- ознакомил его с положением о скидках в ООО «Денталюкс»;

- ознакомил его с правилами использования результатов стоматологических работ и услуг;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности ( гарантийных сроках), показаниях ( противопоказаниях) к применению.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**.

**4.1 ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ**:

**4.1.1**. Провести качественное обследование Пациента и в случае необходимости предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

**4.1.2.** По результатам обследования представить Пациенту/Заказчику, в соответствии с требованиями действующего законодательства, достоверную информацию о состоянии его здоровья, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с Пациентом/Заказчиком перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

**4.1.3.** Оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), на основе клинических рекомендаций (при их наличии).

Информировать Пациента/Заказчика о применяемых при оказании медицинских услуг порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии) посредством размещения на информационном стенде и сайте их реквизитов и ссылки на сайт www.pravo.gov.ru.

Информировать Пациента/Заказчика о противопоказаниях, рисках и возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента. В случае возникновения неотложных состояний, Исполнитель самостоятельно определяет объем исследования, манипуляций, оперативных вмешательств и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

**4.1.4**. Определить для Пациента/Заказчика гарантийный срок и срок службы на материальный результат оказанных медицинских услуг согласно действующему в ООО «Денталюкс» Положению о гарантийных сроках, объяснить условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются, указать гарантийный срок и срок службы в гарантийном талоне и в медицинской карте Пациента. По истечению гарантийного срока и/или срока службы на материальный результат, Пациенту/Заказчику необходимо явиться к Исполнителю на осмотр, во время которого врач, исходя из сложившейся клинической ситуации, предоставит Пациенту/Заказчику дальнейшие рекомендации.

**4.1.5.** Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- соблюдение правил использования результата медицинских услуг, в том числе гигиены полости рта, прохождения в течении гарантийного срока и срока службы контрольного (профилактического) осмотра в ООО «Денталюкс»;

- соблюдения Пациентом в течении гарантийного срока и срока службы указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, специалиста, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу);

- выполнения всего согласованного плана лечения.

**4.1.6.**  Гарантийные обязательства не сохраняются:

- при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных и иных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний, вредных воздействий, в том числе длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или в окружающих тканях;

- при проведении в других медицинских организациях коррекции работы, выполненной Исполнителем.

**4.1.7.** Информировать Пациента/Заказчика о стоимости услуги с учетом проведенного обследования в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики.

**4.1.8.** Обеспечить качественное выполнение медицинских услуг с применением высококачественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

**4.1.9.** Оказывать медицинские услуги в сроки, согласованные с Пациентом/Заказчиком и установленные приложением к Договору, медицинской документацией, при условии соблюдения Пациентом/Заказчиком сроков явки на приемы, соблюдения /выполнения указаний (рекомендаций) лечащего врача.

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

**4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:**

**4.2.1**. Самостоятельно решать все вопросы, связанные с техникой лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых компьютерных диагностик (рентгенограмм), необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет необходимыми для планирования и проведения лечения и протезирования Пациента. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

**4.2.2**. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента заболеваний, делающих оказание услуги невозможным, направить в соответствующее медицинское учреждение.

**4.2.3.** При опоздании Пациента на прием более чем на 20 минут от назначенного Исполнителем времени назначить лечение на другой день, согласованный с Пациентом/Заказчиком.

**4.2.4.** При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента/Заказчика план и (или) сроки лечения (протезирования).

**4.2.5.** В случае невозможности Исполнителя оказать медицинские услуги, предусмотренные планом лечения по обстоятельствам, независящим от Исполнителя (болезнь лечащего врача, введение уполномоченным органом ограничений на осуществление соответствующего вида деятельности и др), приостановить лечение, в том числе протезирование, уведомив об этом Пациента/Заказчика.

**4.2.6.** Потребовать от Пациента/Заказчика информацию, предусмотренную п. 4.3.1. настоящего договора.

4.2.7. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от Пациента/Заказчика и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки, в частности: а) несоблюдение Пациентом данных врачом рекомендаций и невыполнение назначений; б) отказ от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, проводить лечение; в) нарушение правил внутреннего распорядка (правил поведения пациентов) в медицинской организации; г) некорректное, неэтичное, деструктивное поведение Заказчика и/или Пациента в отношениях с лечащим врачом, приведшее к отказу лечащего врача от лечения и наблюдения Заказчика/Пациента (невозможность установления терапевтического сотрудничества с заказчиком/пациентом) - Исполнитель однократно информирует Пациента/Заказчика о необходимости устранения перечисленных обстоятельств устно и в письменном виде путем направления письма по указанному в настоящем договоре адресу. Если после этого Пациент/Заказчик не устранит перечисленные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Пациентом/Заказчиком (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отказа Пациент/Заказчик уведомляется однократно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии состояния Заказчика/Пациента, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

4.2.8. Осуществлять видео-фотофиксацию клинической ситуации полости рта, а затем оказанной услуги (выполненной работы) в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг.

**4.3. ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ:**

**4.3.1.** Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, о лекарственных препаратах, принимаемых им накануне и в день обращения, а так же иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых исполнителем услуг заполнив анкету здоровья.

**4.3.2**. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, условия гарантии, правила ухода/эксплуатации за ортопедическими ортодонтическими конструкциями.

**4.3.3.** Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения и правила поведения пациентов, утвержденные Исполнителем. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине - в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя, не менее чем за 3 часа до времени приема.

**4.3.4.** Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

**4.3.5.** Оказывать Исполнителю содействие в оказании медицинских услуг в следующем объеме и порядке:

а) предварительно записываться на прием в соответствии с графиком работы врачей и режимом работы Исполнителя в сроки, рекомендованные лечащим врачом для повторных приемов. Являться на прием к лечащему врачу в дни и часы в соответствии с данными предварительной записи. В случае невозможности явки предупредить об этом Исполнителя (рекомендуется за 3 часа до приема) по телефонам, указанным в реквизитах Исполнителя.

б) несовершеннолетний пациент (ребенок) должен являться на приём строго в сопровождении одного из родителей и/или законного представителя или родственников по доверенности;

в) сообщить Исполнителю все известные сведения о состоянии своего здоровья в т.ч. о беременности (для женщин) о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.) и иных факторах которые могут повлиять на ход лечения, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контактах с инфекционными больными, путем заполнения анкеты здоровья;

г) предоставлять по требованию Исполнителя медицинские документы, результаты обследований, с целью установления диагноза и лечения;

д) выполнить план лечения, на реализацию которых Пациент/Заказчик дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения;

е) своевременно посещать лечебные, повторные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья.

ж) в период лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной медицины, без согласования с лечащим врачом Исполнителя не допускать медицинского вмешательства третьих лиц в полости рта, за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях;

з) в случае возникновения осложнений либо претензий по качеству лечения обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также получения первой помощи. После этого Пациент/Заказчик вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если таковой будет установлен;

и) незамедлительно поставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на ход лечения и результаты оказываемых медицинских услуг.

**4.3.6**. Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с планом лечения, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы, отсутствия претензий к непосредственным результатам лечения (протезирования).

**4.3.7.** Принять оказанные ему медицинские услуги, подписать квитанцию, установленной формы, подтверждающей факт оказания услуг в указанных в квитанции объемах

**4.3.8**. По окончании лечения являться для контрольных осмотров 1 раз в полгода или по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по уходу за полостью рта, являться для проведения профессиональной гигиены полости рта с периодичностью, указанной в медицинской карте.

**4.4 ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:**

**4.4.1.** Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.

**4.4.2.** Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 3 часа до назначенного времени.

**4.4.3.** Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю стоимости услуг, пропорционально объему выполненных работ (оказанных услуг) и фактически понесенных Исполнителем расходов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

**4.4.4.** На предоставление информации об Исполнителе, услугах, их эффективности, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, иной информации, связанной с оказанием медицинских услуг, информации о состоянии своего здоровья.

**5. Порядок и условия выдачи медицинских документов (копии, выписки)**

**5.1.** Исполнитель после исполнения договора или плана лечения по требованию Пациента выдает выписку из медицинской карты, отражающую состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

Выписка выдается в течение 10 рабочих дней после исполнения плана лечения либо по просьбе пациента направляется на адрес электронной почты, указанной в настоящем договоре.

**5.2.** Установленный п.5.1. настоящего договора порядок и условия выдачи медицинских документов (копий медицинских документов, выписки из медицинских документов) действует, если иной порядок предоставления (выдачи) медицинского документа определенной формы, копии медицинского документа либо выписки из медицинского документа не предусмотрен законодательством Российской Федерации.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

**6.1**. Ответственность сторон при неисполнении условий настоящего договора определяется в соответствии с действующим законодательством.

**6.2.** Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Пациентом рекомендаций и назначений врачей-специалистов Исполнителя, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ). Исполнитель оставляет за собой право требовать подтверждения надлежащего соблюдения Пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

**6.3.** Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Пациента, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения обсуждаются на приеме, фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте пациента.

**6.4.** В случае возникновения ситуаций, не предусмотренных настоящим Договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

**6.5.** Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

- невыполнения Пациентом условий предоставления гарантийного срока и срока службы;

- возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике;

- если лечение (протезирование), предусмотренное настоящим Договором, прервано по инициативе Пациента;

- невыполнения Пациентом требований и указаний Исполнителя, что привело к наступлению у Пациента неблагоприятных последствий и осложнений;

- возникновения у Пациента в процессе лечения (протезирования) или после его окончания проблем, вызванных индивидуальными особенностями организма и не связанных с нарушением Исполнителем порядков, правил оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и иных требований, предъявляемых действующим законодательством для оказания соответствующих видов медицинской деятельности;

- рецидива периодонтитов, повышение или снижение чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленное заживление ран, отек тканей, болевые ощущения, аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения;

-неявки или несвоевременной явки Пациента на плановые и контрольные медицинские осмотры;

-не сообщения или недостоверного сообщения существенных сведений о состоянии здоровья;

6.6 В случае неявки Пациентом на прием более 2-раз, Исполнитель имеет право требовать от Пациента/Заказчика платы за простой (компенсации текущих расходов, вызванных простоем) (ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей»).

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

**7.1.** Пациент дает согласие Исполнителю на обработку его персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных (о состоянии здоровья), в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и локальными актами Исполнителя по вопросам обработки персональных данных, политикой Исполнителя в отношении обработки персональных данных

**7.2**. Исполнитель обязуется не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные Пациента, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Пациента, если иное не предусмотрено федеральным Законом.

**8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.**

**8.1**. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до 31 декабря 20\_\_\_ г. включительно. Договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. По истечении срока Договора, при условии надлежащего исполнения сторонами обязательств и отсутствии уведомления сторон о расторжении Договора, Договор продлевается (пролонгируется) на каждый последующий год на условиях, указанных в Договоре. Количество пролонгаций Договора не ограничено.

**8.2**.Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Каждая сторона вправе отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, предусмотренном главой 39 Гражданского кодекса Российской Федерации, письменно уведомив другую сторону за две недели до предполагаемой даты отказа от исполнения Договора. В случае одностороннего отказа от исполнения Договора по инициативе Пациента/Заказчика, последний обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы и стоимость оказанных услуг, в соответствии с условиями настоящего Договора.

**8.3. Изменения в настоящий Договор оформляются дополнительным соглашением, если** иное не предусмотрено настоящим Договором.

**8.4.** В случае одностороннего отказа от Договора по инициативе Пациента/Заказчика уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Пациенту/Заказчику за вычетом стоимости оказанных услуг и расходов, фактически понесенных Исполнителем для оказания услуг по настоящему договору.

**8.5.** Настоящий Договор составлен по одному экземпляру для каждой стороны, имеющих одинаковую юридическую силу.

**8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: ООО «Денталюкс» | Пациент: | Заказчик: |
| 428034, г. Чебоксары, ул. П. Ермолаева, д.1  ИНН 2128048962, ОГРН 1032128006558  р/с 40702810675000001093  Чувашское отделение № 8613 ПАО Сбербанк г. Чебоксары  г. Чебоксар, БИК 049706609  к/с 30101810300000000609  e-mail: info@[dentalux21.ru](mailto:dentalux@mail.ru)  сайт:  **Администратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (по доверенности б/н от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) | **Ф.И.О**.  **Адрес места жительства**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иной адрес (при наличии) для направления ответов на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт сер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Телефон**:  **Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись**\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) | **Ф.И.О**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес места жительства**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иной адрес (при наличии) для направления ответов на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт сер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Телефон**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись**\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

Информация о состоянии моего здоровья может быть предоставлена моим родственникам, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_.

(Ф.И.О., степень родства)

Я подтверждаю, что сведения о состоянии здоровья мною указаны в анкете лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю (не разрешаю) (подчеркнуть нужное, ненужное зачеркнуть) использовать информацию о своем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я даю согласие/не даю согласие (*нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть*) Исполнителю на направление мне

документов, связанных с исполнением договора (результатов исследований), копий медицинской документации (по моему письменному запросу) по незащищенным каналам связи:

*нужное выбрать (при согласии):*

по адресу электронной почты, указанному в договоре,

через сервисы обмена сообщениями (*нужное подчеркнуть:* WhatsApp, Viber, Telegram) (аккаунт должен быть привязан к номеру телефона, указанному в договоре);

на рассылку информации рекламного характера (как в период действия договора, так и после истечения срока его действия), по телефону, указанному в договоре, через сервисы обмена сообщениями (WhatsApp, Viber, Telegram).

С положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи ООО «Денталюкс» ознакомлен(а):

\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)