

ДОГОВОР № [НомерКарты] о предоставлении платных медицинских услуг

2. Березки

[Текущая/ДатаПолная] г

ООО «Зубные Фен», имеющее в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующего устава, с одной стороны, и гр. [ФамилияИмяОтчество], [ДатаРождения], [Паспорт], зарегистрированы и отгравии наименуем в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги на условиях настоящего договора, а также оказывать содействие их исполнению.

При заключении договора Потребителю (Заказчику) представлена, в доступной форме, информация о получении соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

1.2. Под медицинскими услугами в настоящем договоре понимаются:

оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии;

оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортодонтической, стоматологии терапевтической, стоматологии детской.

1.3. Всех медицинских услуг, оказываемых в амбулаторную медицинскую деятельность, № ЛО - 39-01-005252 от 24.01.2020г. на осуществление медицинской деятельности, бессрочно. Лицензия Министерства здравоохранения Пермского края, телефон: +7 (342) 265-47-40 адрес: г. Пермь, бульвар Гагарина, д. 10, кабинет 608. ОГРН 1105911001162, выдан 23.06.2010г. Межрайонная Федеральная налоговая служба № 2 по Пермскому краю, края, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010г. Межрайонная Федеральная налоговая служба № 2 по Пермскому краю, ул. Карла Маркса, 46. Телефон 800 22 22 222 Все услуги оказываются по адресу: Березки, ул. Карла Маркса, 60.

1.4. Настоящий договор является рамочным и определяет общие условия оказания всех первичных услуг в т. ч. услуги Заказчика. Детализация видов работ и услуг, способы применения, сроков открытия в дополнительных соглашениях, пакетов, листовок, информирующих их согласно, медицинской карте с обязательной подписью (согласием с изложенным) Заказчика. Совершение Заказчиком действий, свидетельствующих о намерении получить услугу в рамках настоящего договора (запись на прием) в силу п. 1 ст. 160, п. 1 ст. 434, п.3 ст.438 ГК РФ признается фактом заключения договора.

1.5. Настоящий договор является публичным в силу ч.426 ГК РФ. Условия публичного договора становятся одинаковыми для всех потребителей. Исполнитель не имеет права оказывать кому-либо предпочтение при оказании медицинских услуг, устанавливая уникальные для отдельного Заказчика условия.

1.6. Услуги могут быть оказаны Заказчику с привлечением третьих лиц – медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (бюджетических лабораторий).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику информацию в соответствии с требованиями законодательства о защите прав потребителей: сведения о местонахождении, режиме работы, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, копии лицензии, порядка оказания медицинской помощи, информации о квалификации конкретного медицинского работника предоставляемые Исполнителем по требованию Заказчика, которые неизменно включаются в информационном бланке о предоставлении медицинской услуги.

2.1.2. Провести качественное обследование Заказчика, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов в учреждениях иных медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методов лечения или претерапии. Заказчик самостоятельно принимает решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача.

2.1.3. После первичного обследования предоставить Заказчику информацию о состоянии здоровья, о возможных в конкретном случае вариантах лечения, противопоказаниях, операциях, медикаментах, о сущности оказываемых услуг, о противопоказаниях, возможных осложнениях и неприятных ощущениях, которых могут возникнуть в процессе лечения и после него в связи с его медицинской спецификой, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.4. Составить для Заказчика рекомендательный план лечения в случае если лечение предполагает несколько этапов, согласовать его с Заказчиком. При наличии показаний, изменения состояния здоровья пациента, план лечения может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Заказчиком, путем заключения дополнительного соглашения или пересогласования договора (Приложение №1).

Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с ознакомлением дополнительных услуг, то они оказываются только после получения согласия Пациента. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг, ссылаясь с медицинскими показаниями, также не является основанием для отказа в предоставлении услуг. В этом случае, если Пациент не согласен с предложением Пациента, стороны обе стороны обязаны уведомить о своем решении Пациента в письменной форме.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуги до ее оказания: указать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны; указать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. По требованию Заказчика может быть составлен предварительный сметочный финансовый план на лечение.

2.1.6. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие (ИС) на комплекс диагностических мероприятий, а также на каждое вид памперсированного медицинского вмешательства.

2.1.7. Обеспечить Заказчика гарантии на оказываемые услуги, ознакомить с локальным актом, устанавливающим гарантийные обязательства подписание.

2.1.8. Обеспечить качество и безопасность медицинской услуги в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

2.1.9. Сдать работу Заказчику, ознакомив его с объемом работ (материалов), который был выполнен, теми результатами, которые достигнуты и конкретными гарантийными сроками, которые установил врач, зафиксировав факт сдачи работы своей подписью и подпись Заказчика в медицинской документации.

2.1.10. По факту оказанной услуги предоставить Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги (кассовый чек, квитантация – по запросу).

2.1.11. По окончании работ Исполнитель и Пациент подписывают акт об оказанных услугах, где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг.

Данный акт подписывается двумя сторонами и является неотъемлемой частью настоящего договора. (Приложение №5).

2.1.12. Согласовать время якости Пациента каждый раз. Согласование даты и времени якости Пациента на прием может осуществляться в письменной или устной форме.

2.1.13. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае отсутствия лечащего врача (болезнь, командировка), опоздания пациента на прием, более, чем на 20 минут, якости и пациент на прием в состоянии, когда он не способен понять значение своих действий – перенести прием на другое время по согласованию с Задачником.

2.2.2. В случае поисковых (более 2 раз) опозданий на прием, неявок на прием без предупреждения за 24 часа – устанавливать для Задачника ограничения по времени приема.

2.2.3. Не оказывать услуги Заказчику, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения той или иной манипуляции. Исполнитель имеет право запретить Заказчику медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству, отложить или отменить лечебные мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Заказчика противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма (ОВРИ, герпес, состояние алкогольного и наркотического опьянения и т.д.).

2.2.4. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от Заказчика и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованных сроках, в частности:

а) несоблюдение Заказчиком 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) некорректное, нечеткое, деструктивное поведение Заказчика/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 Заказчика о необходимости устранения перечисленных обстоятельств, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отозваться от исполнения договора с Заказчиком (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отзыва Заказчика уведомляется одновременно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии согласия Заказчика/Пациента, угрожающего его жизни (экстренного состояния). В случае возникновения необходимости оказать экстренную помощь, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отозваться от исполнения договора, не предупреждая о необходимости проведения исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания задолженной медицинской помощи, в том числе и не совместившейся с пациентом.

2.2.5. Исполнитель вправе установить в ходе и кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

2.2.7. Осуществлять фотографизацию клинической ситуации полости рта, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг.

2.2.8. В целях организации контроля качества оказываемых услуг и обеспечение безопасности врача и пациента производить видеозапись в ходе клиники, а также в помещениях лечебных кабинетов во время приема в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации Заказчик (Пациент), при этом, осознав и согласив с тем, что Исполнитель использует изображение Заказчика (Пациента), его голос в обозначенных целях (обеспечение безопасности и контроль качества оказываемых услуг).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг (ст. 718, 783 ГК РФ) в частности:

а) предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента;

б) соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. В случае несоблюдения рекомендаций и назначений лечащего врача Заказчик несет риск наступления пологательного исхода лечения, а также риски наступления возможных последствий для здоровья (обострения клинической ситуации, переход заболевания в хроническую стадию при причине не долеченности и т.п.);

в) выполнить план лечения, на реализацию которого 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;

г) во всевозможном порядке посетить лечебные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья. В случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителю за 24 часа любым доступным способом;

д) при проживании лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной медицины;

е) не отказываться от приема по причине нехватки времени обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также первой помощи. После этого Заказчик вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если такой будет установлен;

ж) в случае получения услуги по ортопедическому лечению, при наличии не более 6 собственных зубов на одной челюсти, предоставить врачу стоматологу ортопеду собственный фотоснимок улыбки давности не более 10 лет.

2.3.2. Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в соответствии с п. 2.1.2., 2.1.3., 2.1.5., 2.1.6., 2.1.7., 2.1.8., 2.1.9., 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3., 2.2.4., 2.2.5., 2.2.6., 2.2.7., 2.2.8., 2.3.1., 2.3.2., 2.3.3., 2.3.4., 2.3.5., 2.3.6., 2.3.7., 2.3.8., 2.3.9., 2.3.10., 2.3.11., 2.3.12., 2.3.13., 2.3.14., 2.3.15., 2.3.16., 2.3.17., 2.3.18., 2.3.19., 2.3.20., 2.3.21., 2.3.22., 2.3.23., 2.3.24., 2.3.25., 2.3.26., 2.3.27., 2.3.28., 2.3.29., 2.3.30., 2.3.31., 2.3.32., 2.3.33., 2.3.34., 2.3.35., 2.3.36., 2.3.37., 2.3.38., 2.3.39., 2.3.40., 2.3.41., 2.3.42., 2.3.43., 2.3.44., 2.3.45., 2.3.46., 2.3.47., 2.3.48., 2.3.49., 2.3.50., 2.3.51., 2.3.52., 2.3.53., 2.3.54., 2.3.55., 2.3.56., 2.3.57., 2.3.58., 2.3.59., 2.3.60., 2.3.61., 2.3.62., 2.3.63., 2.3.64., 2.3.65., 2.3.66., 2.3.67., 2.3.68., 2.3.69., 2.3.70., 2.3.71., 2.3.72., 2.3.73., 2.3.74., 2.3.75., 2.3.76., 2.3.77., 2.3.78., 2.3.79., 2.3.80., 2.3.81., 2.3.82., 2.3.83., 2.3.84., 2.3.85., 2.3.86., 2.3.87., 2.3.88., 2.3.89., 2.3.90., 2.3.91., 2.3.92., 2.3.93., 2.3.94., 2.3.95., 2.3.96., 2.3.97., 2.3.98., 2.3.99., 2.3.100., 2.3.101., 2.3.102., 2.3.103., 2.3.104., 2.3.105., 2.3.106., 2.3.107., 2.3.108., 2.3.109., 2.3.110., 2.3.111., 2.3.112., 2.3.113., 2.3.114., 2.3.115., 2.3.116., 2.3.117., 2.3.118., 2.3.119., 2.3.120., 2.3.121., 2.3.122., 2.3.123., 2.3.124., 2.3.125., 2.3.126., 2.3.127., 2.3.128., 2.3.129., 2.3.130., 2.3.131., 2.3.132., 2.3.133., 2.3.134., 2.3.135., 2.3.136., 2.3.137., 2.3.138., 2.3.139., 2.3.140., 2.3.141., 2.3.142., 2.3.143., 2.3.144., 2.3.145., 2.3.146., 2.3.147., 2.3.148., 2.3.149., 2.3.150., 2.3.151., 2.3.152., 2.3.153., 2.3.154., 2.3.155., 2.3.156., 2.3.157., 2.3.158., 2.3.159., 2.3.160., 2.3.161., 2.3.162., 2.3.163., 2.3.164., 2.3.165., 2.3.166., 2.3.167., 2.3.168., 2.3.169., 2.3.170., 2.3.171., 2.3.172., 2.3.173., 2.3.174., 2.3.175., 2.3.176., 2.3.177., 2.3.178., 2.3.179., 2.3.180., 2.3.181., 2.3.182., 2.3.183., 2.3.184., 2.3.185., 2.3.186., 2.3.187., 2.3.188., 2.3.189., 2.3.190., 2.3.191., 2.3.192., 2.3.193., 2.3.194., 2.3.195., 2.3.196., 2.3.197., 2.3.198., 2.3.199., 2.3.200., 2.3.201., 2.3.202., 2.3.203., 2.3.204., 2.3.205., 2.3.206., 2.3.207., 2.3.208., 2.3.209., 2.3.210., 2.3.211., 2.3.212., 2.3.213., 2.3.214., 2.3.215., 2.3.216., 2.3.217., 2.3.218., 2.3.219., 2.3.220., 2.3.221., 2.3.222., 2.3.223., 2.3.224., 2.3.225., 2.3.226., 2.3.227., 2.3.228., 2.3.229., 2.3.230., 2.3.231., 2.3.232., 2.3.233., 2.3.234., 2.3.235., 2.3.236., 2.3.237., 2.3.238., 2.3.239., 2.3.240., 2.3.241., 2.3.242., 2.3.243., 2.3.244., 2.3.245., 2.3.246., 2.3.247., 2.3.248., 2.3.249., 2.3.250., 2.3.251., 2.3.252., 2.3.253., 2.3.254., 2.3.255., 2.3.256., 2.3.257., 2.3.258., 2.3.259., 2.3.260., 2.3.261., 2.3.262., 2.3.263., 2.3.264., 2.3.265., 2.3.266., 2.3.267., 2.3.268., 2.3.269., 2.3.270., 2.3.271., 2.3.272., 2.3.273., 2.3.274., 2.3.275., 2.3.276., 2.3.277., 2.3.278., 2.3.279., 2.3.280., 2.3.281., 2.3.282., 2.3.283., 2.3.284., 2.3.285., 2.3.286., 2.3.287., 2.3.288., 2.3.289., 2.3.290., 2.3.291., 2.3.292., 2.3.293., 2.3.294., 2.3.295., 2.3.296., 2.3.297., 2.3.298., 2.3.299., 2.3.300., 2.3.301., 2.3.302., 2.3.303., 2.3.304., 2.3.305., 2.3.306., 2.3.307., 2.3.308., 2.3.309., 2.3.310., 2.3.311., 2.3.312., 2.3.313., 2.3.314., 2.3.315., 2.3.316., 2.3.317., 2.3.318., 2.3.319., 2.3.320., 2.3.321., 2.3.322., 2.3.323., 2.3.324., 2.3.325., 2.3.326., 2.3.327., 2.3.328., 2.3.329., 2.3.330., 2.3.331., 2.3.332., 2.3.333., 2.3.334., 2.3.335., 2.3.336., 2.3.337., 2.3.338., 2.3.339., 2.3.340., 2.3.341., 2.3.342., 2.3.343., 2.3.344., 2.3.345., 2.3.346., 2.3.347., 2.3.348., 2.3.349., 2.3.350., 2.3.351., 2.3.352., 2.3.353., 2.3.354., 2.3.355., 2.3.356., 2.3.357., 2.3.358., 2.3.359., 2.3.360., 2.3.361., 2.3.362., 2.3.363., 2.3.364., 2.3.365., 2.3.366., 2.3.367., 2.3.368., 2.3.369., 2.3.370., 2.3.371., 2.3.372., 2.3.373., 2.3.374., 2.3.375., 2.3.376., 2.3.377., 2.3.378., 2.3.379., 2.3.380., 2.3.381., 2.3.382., 2.3.383., 2.3.384., 2.3.385., 2.3.386., 2.3.387., 2.3.388., 2.3.389., 2.3.390., 2.3.391., 2.3.392., 2.3.393., 2.3.394., 2.3.395., 2.3.396., 2.3.397., 2.3.398., 2.3.399., 2.3.400., 2.3.401., 2.3.402., 2.3.403., 2.3.404., 2.3.405., 2.3.406., 2.3.407., 2.3.408., 2.3.409., 2.3.410., 2.3.411., 2.3.412., 2.3.413., 2.3.414., 2.3.415., 2.3.416., 2.3.417., 2.3.418., 2.3.419., 2.3.420., 2.3.421., 2.3.422., 2.3.423., 2.3.424., 2.3.425., 2.3.426., 2.3.427., 2.3.428., 2.3.429., 2.3.430., 2.3.431., 2.3.432., 2.3.433., 2.3.434., 2.3.435., 2.3.436., 2.3.437., 2.3.438., 2.3.439., 2.3.440., 2.3.441., 2.3.442., 2.3.443., 2.3.444., 2.3.445., 2.3.446., 2.3.447., 2.3.448., 2.3.449., 2.3.450., 2.3.451., 2.3.452., 2.3.453., 2.3.454., 2.3.455., 2.3.456., 2.3.457., 2.3.458., 2.3.459., 2.3.460., 2.3.461., 2.3.462., 2.3.463., 2.3.464., 2.3.465., 2.3.466., 2.3.467., 2.3.468., 2.3.469., 2.3.470., 2.3.471., 2.3.472., 2.3.473., 2.3.474., 2.3.475., 2.3.476., 2.3.477., 2.3.478., 2.3.479., 2.3.480., 2.3.481., 2.3.482., 2.3.483., 2.3.484., 2.3.485., 2.3.486., 2.3.487., 2.3.488., 2.3.489., 2.3.490., 2.3.491., 2.3.492., 2.3.493., 2.3.494., 2.3.495., 2.3.496., 2.3.497., 2.3.498., 2.3.499., 2.3.500., 2.3.501., 2.3.502., 2.3.503., 2.3.504., 2.3.505., 2.3.506., 2.3.507., 2.3.508., 2.3.509., 2.3.510., 2.3.511., 2.3.512., 2.3.513., 2.3.514., 2.3.515., 2.3.516., 2.3.517., 2.3.518., 2.3.519., 2.3.520., 2.3.521., 2.3.522., 2.3.523., 2.3.524., 2.3.525., 2.3.526., 2.3.527., 2.3.528., 2.3.529., 2.3.530., 2.3.531., 2.3.532., 2.3.533., 2.3.534., 2.3.535., 2.3.536., 2.3.537., 2.3.538., 2.3.539., 2.3.540., 2.3.541., 2.3.542., 2.3.543., 2.3.544., 2.3.545., 2.3.546., 2.3.547., 2.3.548., 2.3.549., 2.3.550., 2.3.551., 2.3.552., 2.3.553., 2.3.554., 2.3.555., 2.3.556., 2.3.557., 2.3.558., 2.3.559., 2.3.560., 2.3.561., 2.3.562., 2.3.563., 2.3.564., 2.3.565., 2.3.566., 2.3.567., 2.3.568., 2.3.569., 2.3.570., 2.3.571., 2.3.572., 2.3.573., 2.3.574., 2.3.575., 2.3.576., 2.3.577., 2.3.578., 2.3.579., 2.3.580., 2.3.581., 2.3.582., 2.3.583., 2.3.584., 2.3.585., 2.3.586., 2.3.587., 2.3.588., 2.3.589., 2.3.590., 2.3.591., 2.3.592., 2.3.593., 2.3.594., 2.3.595., 2.3.596., 2.3.597., 2.3.598., 2.3.599., 2.3.600., 2.3.601., 2.3.602., 2.3.603., 2.3.604., 2.3.605., 2.3.606., 2.3.607., 2.3.608., 2.3.609., 2.3.610., 2.3.611., 2.3.612., 2.3.613., 2.3

Приложение №1 к договору №{НомерКарты}
Соглашение о предварительном плане лечения.

2. Березники

{ТекущаяДатаПолная} г

ООО «Зубные Феи», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующего устава, с одной стороны, и гр. {ФамилияИмяОтчество}, проживающий {Адрес}, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Заказчику следующие платные медицинские услуги согласно предварительному плану лечения.

{Логотип}
Предварительный план лечения «{План.Название}» от {План.От}

ФИО пациента

{ФамилияИмяОтчество}

Родитель

{Родитель}

Адрес

{Адрес}

| {Услуги} | | | | | |
|-----------------------------|-------------|------|--------|-------|----------------|
| Наименование услуги | Зубы | Цена | Кол-во | Сумма | {Сумма} |
| {Заголовок1} {Наименование} | | | | | {Сумма} |
| {Заголовок2} {Наименование} | | | | | {Сумма} |
| {Наименование с кодом} | Зуб | Цена | Кол-во | | {Сумма} |
| Итоговая стоимость услуг | | | | | {Услуги.Итого} |
| {Страховая} | {Страховая} | | | | |
| Название | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|---------------------|---|----------------------------|---|---------------------------|----------------------------|---|
| Дата | Номер зуба, диагноз | Сумма оказания медицинской услуги в соответствии с преискусрантом Исполнителя | Срок /дата оказания услуги | Изменение я суммы оказания медицинской услуги в соответствии с преискусрантом Исполнителя | Основания изменения суммы | Срок /дата оказания услуги | Настоящей подписью пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг... информации о гарантиях... информации о сроках лечения. |
| | | | | | | | |

2 Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Заказчика и один у Исполнителя.

3 Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от {ТекущаяДатаПолная} г

4 Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

Исполнителя _____ / Терентьева А.В./

Заказчик _____ /{ФамилияИмя}/

Приложение № 2

к договору на оказание медицинских услуг № {НомерКарты}

В соответствии с пп.5ч.1 ст.6 ФЗ №152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных.
Настоящая Я, {ФамилияИмяОтчество} {СерияНомерПаспорта},
{Выдан}, {ДатаВыдачи}
АДРЕС: {Адрес}
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные, адрес) даю согласие ООО «Зубные Феи» (Фактический адрес: город Березники,
ул. Карла Маркса дом 60) на обработку моих персональных данных

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеонаблюдения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка персональных данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях. Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой Мии медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье

другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховыми компаниями в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных. Срок хранения моих персональных данных, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на переделку конфиденциальной документации, результатов анализов, списка из

медицинской документации на указанную электронную почту:

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ №152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных _____ Дата составления согласия

{ТекущаяДатаПолная} г

Подпись администратора:

Согласие пациента на обработку персональных данных в ООО «ЗУБНЫЕ ФЕИ»

Я, {ФамилияИмяОтчество}

Паспорт {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, проживающий {Адрес} в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ЗУБНЫЕ ФЕИ» в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующей на основании Устава (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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. Обработка осуществляется лицом, профessionально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляем Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу, распространение, предоставление властям, органам (правовым) и учреждениям, формам, предусмотренным документами регулирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (заявления, ДМС).

Оператор имеет право на использование своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ОМС) на общем (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: 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 {ТекущаяДатаПолная} г
и действует беспречно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мной до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____ (должность, ФИО)

Приложение №3

к договору на оказание платных стоматологических услуг №{НомерКарты}

Акт по оказанным стоматологическим услугам за {ДатаЧетыре}

Медицинская организация, именуемая ООО «Зубные Феи» в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующая на основании устава, оказываемые услуги согласно лицензии: оказание первичной, в том числе дневорачевой, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной дневорачевой медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии;

оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность №ЛО-59-01-005252 от 24.01.2020г. на осуществление медицинской деятельности, беспрочно. Выдан Министерством здравоохранения Пермского края,

телефон: +7 (342) 265-47-40 адрес: г. Пермь, бульвар Гагарина, д. 10, кабинет 608. ОГРН 1105911001162, выдан 23.06.2010 Межрайонная Федеральная налоговая служба № 2 по Пермскому краю, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010 Межрайонная Федеральная налоговая служба № 2 по Пермскому краю, Березники, Пермский край, ул. Карла Маркса, 46.

Телефон 8 800 22 22 222 Все услуги оказываются по адресу: Березники, ул. Карла Маркса, 60, и

{ФамилияИмяОтчество}, {СерияНомерПаспорта}, выдан {Выдан}, {ДатаВыдача} г {АдресРегистрации},

именем____ в дальнейшем «Потребитель» {Заказчик}, с другой стороны, совместно именуемые

«Стороны», в исполнение Договора на предоставление медицинских услуг от

{ДатаПервогоПриема} г. №{НомерКарты} составили настоящий Акт о нижеследующем:

Родитель _____ {Родитель}

ФИО лечащего врача {Врач.ФамилияИмяОтчество}

Первичный диагноз: {Диагноз}

Оказанная медицинская помощь: {Лечение}

Диагноз после лечения: {Диагноз}

Рекомендации: {Рекомендации}

{Услуги}

| № | Наименование услуги | Зубы | Цена | Кол-во | Сумма |
|-----|---------------------|-------|--------|--------------|---------|
| {№} | {Наименование} | {Зуб} | {Цена} | {Количество} | {Сумма} |

Итоговая стоимость оказанных услуг _____

{Услуги.Итого}

Лечение по гарантии

{ЛечениеПоГарантии}

ДМС

{Страховая}

Услуги по купону

{Купон}

{Справка}

Итоговая стоимость со складкой

{Услуги.Итого.Складкой}

Предоплата пациентом будущих услуг \ погашение задолженности

{Предоплата}

Кредитование пациента \ зает аванса

{Задолженность}

Иного к оплате

{ОплатаНельзя}

Пациент {ФамилияИмяОтчество} и Клиника, в лице {Врач.ФамилияИмяОтчество} составили настоящий АКТ о том, что Исполнитель по заданию и с письменного информированного согласия Пациента провел качественное обследование и лечение.

Услуги оказаны качественно, в срок, Стороны взаимных претензий не имеют. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

Подпись пациента или законного представителя: _____ /{ФамилияИмяОтчество}/ Подпись врача:

/{Врач.ФамилияИмяОтчество}/

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, гр. {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения}, {Паспорт},

зарегистрирован и для отправки писем {Адрес}, даю согласие на получение платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Зубные Феи»

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим преискусрантом цен (тарифов) на медицинские услуги в ООО «Зубные Феи»

Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- первиче платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- первиче льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресами и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию о альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указанных (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно скажаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон _____

Пациент (его законный представитель) _____

Подпись _____

Фамилия Имя Отчество _____

Медицинский специалист _____

Подпись _____

Фамилия Имя Отчество _____

ТекущаяДатаПолная) г.

* Информированное добровольное согласие является (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.