

**Приложение №1 к договору №(НомерКарты)
Соглашение о предварительном плане лечения.**

г. Березники

(ТекущаяДатаПолная) г

ООО Зубные Феи, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующей от имени 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
{Заголовок1}{Наименование}				{Сумма}
{Заголовок2}{Наименование}				{Сумма}
{Наименование с кодом}	Зуб	Цена	Кол-во	{Сумма}
Итоговая стоимость услуг				{Услуги.Итого}
{Страховая Название}	{Страховая}			

Дата	Номер зуба, диагноз	Сумма оказания медицинской услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя	Срок /дата оказания услуги	Изменен я суммы оказания медицинс кой услуги в соответст вии с прейскур антом Исполнит еля	Основания изменения суммы	Срок /дата оказания услуги	Настоящей подписью пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг... информацией 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 _____ / {ФамилияИО} /

**Приложение № 2
к договору на оказание медицинских услуг № (НомерКарты)**

В соответствии с п. 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. Настоящим, 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 видеозображения, 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 и 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 оборудование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания. В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты. Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, уничтожение, уничтожение, уничтожение, уничтожение. Срок хранения моих персональных данных, срок действия Соглашения 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 пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок 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 оставляю 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 при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прям и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (в территориальном фонде ОМС) с использованием машинных носителей или на каналах 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, двадцать 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 бессрочно.

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 взаимодействия с оплатой оказанной мне 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 {ДатаСчета}

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 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; оказании 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, бессрочно. Выдана Министерством здравоохранения Пермского края, телефон:8 (342) 265-47-40 адрес: Адрес: г. Пермь, бульвар Гагарина, д. 10, кабинет 608. ОГРН 1105911001162, выдан 23.06.2010г Мекрайонная Федеральная налоговая службы № 2 по Пермскому краю, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010г Мекрайонная Федеральная налоговая службы № 2 по Пермскому краю, Березники, Пермский край, ул. Карла Маркса, 46. Телефон 8 800 222 22 222. Все услуги оказываются по адресу: Березники, ул. Карла Маркса, 60 , и {ФамилияИмяОтчество}, {СерияНомерПаспорта}, выдан {Выдан}, {ДатаВыдачи} г {АдресРегистрации}, именуем___ в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», во исполнение Договора на предоставление медицинских услуг от {ДатаПервоПриемаЧислом} 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}

{Связь.Название}

{Связь}

Итоговая стоимость со скидкой

{Услуги.Итого.СоСкидкой}

Предоплата пациентам будущих услуг \ погашение задолженности

{Предоплата}

Кредитование пациента \зачет аванса

{Задолженность}

Итого к оплате

{ОплатаЧислом}

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(а) для отправки писем (Адрес), даю согласие на получение платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Зубные Феи». Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2022 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в ООО «Зубные Феи»

Я уведомлен(а) 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(а):

- перечне 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;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;

- адрес и телефон учредителя, исполнителя 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 об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией о правилах поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательные последствия 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 5 статьи 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 (неиждущее зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон			
Пациент (его законный представитель)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон		Фамилия Имя Отчество
	Подпись	{ФамилияИмяОтчество}	
Медицинский специалист (ТекущаяДатаПолная) г.	Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон		Фамилия Имя Отчество
	Подпись	{ФамилияИмяОтчество}	

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