



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

**2. Березники**

{Услуги} {Логотип} {Имя} {Фамилия} {ИмяОтчество} г.  
ООО «Зубные Феи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующего устава, с одной стороны, и г.р. {Родитель}, {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи},  
, являющиеся законным представителем ребенка мать/отец {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения}, 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	Истор. инф. диагноз	Сумма оказания медицинской услуги в соответствии с профстандартом Исполнителя	Срок дата оказания услуги	Именован. суммы оказания медицинской услуги в соответствии с профстандартом Исполнителя	Основа для ин. суммы	Срок дата оказания услуги	Настоящий документ подтверждает соответствие со стоимостью медицинской услуг... информаций 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.3ч.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, г.р. {Родитель}, {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, являющееся законным представителем ребенка мать/отец {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения}, проживающий: {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 и моего ребенка.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеозаписи, 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, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных. 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, {Родитель}, {Паспорт}, являющееся законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, проживающий по адресу {Адрес} в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.16 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, рекапитализация 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, включенная в список (реестр) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право на исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на основе (прям и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналом 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 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ Расписан 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, и лечащего врача {Врач.ФамилияИмяОтчество} 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; оказание 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 Мсжрайонная Федеральная налоговой службы № 2 по Пермскому краю, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010г Мсжрайонная Федеральная налоговой службы № 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 г.р. {Родитель}, {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, являющееся законным представителем ребенка мать/отец {ФамилияИмяОтчество}, проживающий: {Адрес} именуемый в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», во исполнение Договора на предоставление медицинских услуг от {ДатаПервогоПриемаЧислом} 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} {Ссылка.Название} {!Ссылка} Итоговая стоимость со скидкой {Услуги.Итого.СоСкидкой} Предоплата пациентом будущих услуг / погашение задолженности {!Предоплата} Кредитование пациента / зачет аванса {!Задолженность} Итого к оплате {ОплатаЧислом}

г.р. {Родитель}, {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, являющееся законным представителем ребенка мать/отец {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения}, проживающий: {Адрес} именуемый в дальнейшем «Заказчик» и Клиника, в лице {Врач.ФамилияИмяОтчество} составили настоящий Акт о том, что Исполнитель по заданию и с письменного информирования 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, г.р. {Родитель}, {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, являющееся законным представителем ребенка мать/отец {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения}, проживающий: {Адрес} даю согласие на получение платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Зубные Феи» Я ознакомлен (а) Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 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 о:

- 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;
- адресах и телефонах территориального, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, федерального 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. Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила 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 отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является продолжением 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 (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон {ФамилияИмяОтчество}	Подпись _____
Медицинский специалист _____	Подпись _____
(ТекущаяДатаПолная) г.	

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