

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим, Общество с ограниченной ответственностью «Миладент» (ООО «Миладент»), в лице директора Кондратьевой Людмилы Евгеньевны доводит до сведения Пациента, желающего заключить договор на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, 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 обязательного медицинского страхования.

До заключения договора на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг Пациент уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «Миладент», в том числе режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Подпись и расшифровка ФИО Пациента _____ / _____ /

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

г. Глазов « _____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Миладент» (ООО «Миладент»), в лице директора Кондратьевой Людмилы Евгеньевны, действующей на основании Устава, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-18-01-001758 от 13.07.2015 г., выданной Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны и _____,

именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на основании поставленного диагноза и в согласованные Сторонами сроки платные медицинские (стоматологические) услуги (далее по тексту «Услуги»), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в соответствие с условиями Договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент имеет право на:

2.1.1. Ознакомление с документами Исполнителя (свидетельства, дипломы, лицензии и т.п.), на основании которых оказываются Услуги, а так же на информирование о методах оказания Услуг, связанных с ними рисках, возможных медицинских вмешательствах, их последствиях и ожидаемых результатах оказания Услуг.

2.1.2. Выбор лечащего врача Исполнителя с учетом его согласия.

2.1.3. Получение достоверных сведений о состоянии его здоровья, об объеме и характере лечения.

2.1.4. Проведение по его просьбе консилиума или консультаций других специалистов Исполнителя.

2.1.5. Соблюдение со стороны персонала Исполнителя конфиденциальности информации о факте предоставления Услуг, диагнозе, состоянии его здоровья.

2.1.6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, оформленное в письменном виде.

2.1.7. Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании Услуг.

2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Оплатить Услуги в полном объеме, согласно условиям Договора, в том числе стоимость консультации лечащего врача вне зависимости от того, будет ли продолжено лечение.

2.2.2. До оказания Услуг сообщить лечащему врачу все сведения о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и так же другую информацию, влияющую на оказание Услуг.

2.2.3. При оформлении первичной медицинской документации достоверно заполнить предложенную Исполнителем анкету.

2.2.4. Выполнять требования, указания и рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время и касающиеся непосредственно оказания Услуг.

2.2.5. Являться на прием в согласованное Сторонами время. При опоздании более чем на 10 минут обязательно предупреждать Исполнителя по телефону о задержке и в кратчайшие сроки о невозможности явки на прием.

2.2.6. В период оказания Услуг сообщать о принимаемых лекарственных препаратах, а так же незамедлительно извещать лечащего врача об изменении самочувствия, обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе и вследствие оказания Услуг.

2.2.7. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные лечащим врачом регулярные профилактические осмотры.

2.2.8. Отказаться на весь период оказания Услуг от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов и напитков, содержащих алкоголь.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Пациента соблюдения графика приема лечащего врача, его указаний, рекомендаций и других предписаний. В случае неисполнения данных требований отказаться от исполнения Договора.

2.3.2. Самостоятельно определять вид и объем исследований, манипуляций для установления диагноза и надлежащего исполнения своих обязанностей при оказании Услуг Пациенту, в том числе, и в случае неотложных ситуаций.

2.3.3. Отказать в предоставлении Услуг Пациенту, если эти Услуги не соответствует требованиям технологий, и могут вызвать неблагоприятные последствия для Пациента.

2.3.4. Отказать в предоставлении Услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящемуся в состоянии здоровья, недопустимого для предоставления Услуг.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Ставить в известность Пациента о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе предоставления Услуг, которые могут привести к изменению объема оказания Услуг и возможных осложнениях в процессе оказания Услуг.

2.4.2. Получить информированное добровольное согласие Пациента на оказание Услуг.

2.4.3. Оказать Услуги в соответствии с поставленным диагнозом и с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, которые разрешены на территории РФ.

2.4.4. Соблюдать конфиденциальности всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну), в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

2.4.5. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании Услуг.

2.4.6. В полном объеме информировать Пациента, его поверенного или законного представителя о состоянии здоровья Пациента с учетом согласия Пациента на получение данной информации в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4.7. По требованию Пациента предоставить последнему для ознакомления копии документов и информацию, которые указаны в пункте 2.1.1. Договора.

3. Гарантийные обязательства

3.1. На Услуги, оказанные на терапевтическом приеме, Исполнитель предоставляет Пациенту следующие гарантии:

3.1.1. Гарантия на предоставленные Услуги с использованием пломбы химического отверждения и срок службы данной установленной пломбы химического отверждения составляют не менее 6 (шести) месяцев со дня оказания Услуги с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента и явки на профилактические осмотры через 3 (три) и 6 (шесть) месяцев после предоставления Услуги.

3.1.2. Гарантия на предоставленные Услуги с использованием пломбы светового отверждения и срок службы данной установленной пломбы светового отверждения составляют не менее 12 (двенадцати) месяцев со дня оказания Услуг с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента и явки на профилактические осмотры через 6 (шесть) и 12 (двенадцать) месяцев после предоставления Услуги.

3.2. В случае отказа Пациента от окончания предоставления Услуг, при несоблюдении рекомендаций врача, гигиены полости рта, а также при неявке на очередной профилактический осмотр гарантийные обязательства на уже предоставленные Услуги аннулируются.

3.3. Гарантии не предоставляются на следующие Услуги: проведение профессиональной гигиены полости рта, отбеливание зубов.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость оказанных Услуг определяется согласно действующему на момент оказания Услуг прейскуранту, с которым Пациент был ознакомлен Исполнителем до заключения настоящего Договора. Стороны договорились, что стоимость оказанных Услуг может измениться в процессе лечения в зависимости от диагноза.

4.2. Оплата за оказанные Услуги производится Пациентом в день оказания Услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, либо на расчётный счёт Исполнителя в безналичном порядке после оказания Услуги. Оплата оказанных Услуг является подтверждением того, что Пациент получил от Исполнителя в доступной форме полную и достоверную информацию об оказанных ему Услугах, информацию о предварительной и окончательной стоимости предоставленных Услуг, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения и того, что Услуги Исполнителем оказаны надлежащим образом, качественно и в срок, Пациентом Услуги приняты, последний претензий к исполнителю не имеет.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случае:

5.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений, требований, указаний и рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья).

5.2.2. Прекращения оказания Услуг по инициативе Пациента.

5.3. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Прочие условия

6.1. Договор вступает силу с момента его подписания обеими Сторонами, действует до исполнения Сторонами своих обязательств по договору, а так же в течение всего срока обслуживания в данной организации.

6.2. Договор может быть изменен и расторгнут по соглашению Сторон, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.3. Все споры и разногласия по Договору будут решаться путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, он подлежит рассмотрению в суде.

6.4. По всем вопросам, не урегулированным Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.5. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон Договора.

7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ООО «Миладент»
Юридический, фактический и почтовый адрес:
427628, УР, г. Глазов, ул. Пехтина, д.22А
Тел.: +7(34141) 5-20-25; +7(912) 745-20-25
E-mail: ooomiladent@mail.ru
ИНН 1837001410 КПП 183701001
ОГРН 1151837000039
р/с 40702810109000002257
АКБ «ИЖКОМБАНК» (ПАО)
к/с 3010181090000000871
БИК 049401871

Директор ООО «Миладент»

_____/Л.Е. Кондратьева/

мп

Пациент:

Адрес: _____
Тел.: _____
E-mail: _____

Условия настоящего договора Пациенту понятны, дополнений к ним не имеется. С информацией, включающей в себя сведения о лицензии Исполнителя, месте его нахождения, режиме оказания услуг, перечне услуг, с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также иной информацией, содержащейся в локальных нормативных актах Исполнителя, Пациент ознакомлен; один экземпляр настоящего договора и копию Лицензии Пациент получил.

_____/_____/

✓

Информированное согласие на проведение ведомственной и вневедомственной экспертизы медицинской документации пациентов

На проведение ведомственной и вневедомственной экспертизы трудоспособности и качества медицинской помощи по первичной медицинской документации согласен(-на).

Подпись и расшифровка ФИО Пациента ✓ _____/_____/

Согласие на обработку персональных данных

(Согласно Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

Обработка персональных данных осуществляется в целях медико-профилактических, охраны жизни и здоровья граждан, установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), место работы, данные о состоянии здоровья и данные, которые могут быть необходимы в целях диагностики, лечения, профилактики распространения инфекций.

Перечень действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок, в течение которого действует согласие: соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Я, нижеподписавшийся (-ая) _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____

Адрес: _____

Телефон: _____ даю свое согласие на обработку персональных данных, указанных выше.

Пациент (или его законный представитель) ✓ _____
(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
Я, нижеподписавшийся (-ая) _____,

(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)
дата рождения _____, зарегистрированный (-ая) по адресу _____

_____ полностью без какого-либо внешнего давления даю бессрочное информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.) (далее Перечень), для получения мной первичной медико-санитарной помощи в ООО «Миладент».

Мне разъяснено, что я могу отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я прочитал (-а) и понимаю все, о чем говорится в данном информированном согласии. На все свои вопросы я получил (-а) от врача в доступной мне форме ответы, которые мне понятны.

Пациент (или его законный представитель) ✓ _____
(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « ____ » _____ 20__ г.