

# ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

№ \_\_\_\_\_ (Договор лечения)

г. Киров

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО Первая стоматологическая клиника «Голливуд», действующее на основании Лицензии № ЛО-43-01-002542 от 01.06.2017г. выданной Департаментом здравоохранения Кировской области, ОГРН 1154334010060, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице директора Конюхова Николая Николаевича действующего на основании Устава и \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем ПАЦИЕНТ, паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

- 1.1.1. Оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок в объеме, отраженному в плане лечения, с соблюдением общих требований и в соответствии с медицинскими показаниями.
- 1.1.2. Предоставить Пациенту достоверную информацию о предоставляемой услуге, условиях и последствиях.
- 1.1.4. Услугу предоставлять с соблюдением правил асептики и антисептики согласно требованиям ОСТ.
- 1.1.5. Согласовывать с Пациентом время и дату посещения поликлиники.
- 1.1.6. После оказания медицинской услуги Пациенту дается гарантия в соответствии с «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг в ООО Первой стоматологической клинике «Голливуд».
- 1.1.7. Непосредственный исполнитель услуг – врач \_\_\_\_\_.

### 1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

- 1.2.1. В одностороннем порядке расторгнуть договор с удержанием суммы за фактически оказанную услугу, если Пациент не посещает поликлинику без уважительных причин в течение 2-х посещений.
- 1.2.2. В случае возникновения неотложных состояний, врач самостоятельно определяет объем оказания медицинской помощи
- 1.2.3. Проводить платные при необходимости дополнительные обследования.

### 1.3. ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:

- 1.3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 1.3.2. Своевременно оплачивать стоимость лечения.
- 1.3.3. Точно и тщательно выполнять назначения лечащего врача.
- 1.3.4. Приходить на прием строго к назначенному времени.
- 1.3.5. Соблюдать гигиену полости рта.
- 1.3.6. Сообщать о переменах в состоянии здоровья в период лечения, если это связано с проведением манипуляций в полости рта.
- 1.3.7. Извещать по телефонам: 22-22-10, 20-50-20 о невозможности плановой явки на прием к врачу за 24 часа.

### 1.4. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:

- 1.4.1. На получение доступной, необходимой и достоверной информации, касающейся данной услуги.
- 1.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими юридическое право Исполнителя на оказание медицинских услуг
- 1.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенные им расходы.
- 1.4.4. На возмещение вреда, в сумме оплаченной услуги, в случаях ненадлежащего оказания медицинской услуги в период гарантийного срока, если эти недостатки не были устранены Исполнителем в оговоренный срок.

## 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость услуги устанавливается в соответствии с планом лечения и утвержденным прейскурантом цен, действующих на момент подписания договора.
- 2.2. Предварительно рассчитанная стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_ руб., не является окончательной и может изменяться в сторону увеличения при условии возникновения в процессе работы необходимости изменения плана лечения и выполнения дополнительных работ.
- 2.3. При условии возникновения в процессе работы необходимости изменения плана лечения, и выполнения дополнительных работ, они выполняются с согласия Пациента, в соответствии с прейскурантом цен Исполнителя.
- 2.4. Оплата производится в кассу Исполнителя или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя согласно выписанной квитанции об итоговой стоимости работ. Оплата подтверждается выдачей квитанции или кассового чека. При оплате лично врачу или медицинскому персоналу пациент несет уголовную ответственность, а Исполнитель не несет ответственность за оказанную услугу.

## 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 3.1. Исполнитель освобождается от ответственности в случае:
  - а) возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению;
  - б) возникновения осложнений при лечении зубов, ранее леченых в другой клинике.

## 4. УСЛОВИЯ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 4.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
- 4.2. Договор может быть расторгнут по другим обстоятельствам, предусмотренным законодательством РФ.

## 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 5.1. Выбор цвета эстетической облицовки мостовидного протеза проводит Пациент с помощью стандартных расцветок. После изготовления протеза претензии к цвету эстетической облицовки устраняются за дополнительную плату.
- 5.2. Все рентгеновские снимки, выполненные в ООО Первой стоматологической клинике «Голливуд» являются собственностью Клиники и неотъемлемой частью медицинской карты Пациента.
- 5.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимых экспертов и в судебном порядке.
- 5.4. До обращения в суд по поводу качества оказанной услуги стороны договариваются о проведении независимой экспертизы.
- 5.5. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.6. Объем работ и сроки выполнения отражаются в плане лечения.
- 5.7. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО Первая стоматологическая клиника «Голливуд»  
ИНН 4334009377  
г. Киров, ул. Лепсе, д. 24  
т. 20-50-20; 22-22-10  
Директор \_\_\_\_\_ Н.Н. Конюхов

### ПАЦИЕНТ:

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

### ПЛАТЕЛЬЩИК:

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

### *Информированное согласие на стоматологическое лечение*

ФИО \_\_\_\_\_

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения (план лечения прилагается).

Мне объяснен в понятной и доступной мне форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования и врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Объяснены мне сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу.

Мне объяснено и я понял, что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В том числе направление к врачам - специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и др.), и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Настоящим я даю свое согласие на осуществление основного плана лечения.

Мое согласие также дано на осуществление местной анестезии, мне ясны и понятны риск и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта.

\_\_\_\_\_  
подпись врача

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
подпись пациента

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Дата

### *Информация о предоставляемой медицинской услуге*

1. Пациенту в состоянии наркотического и алкогольного опьянения услуга не оказывается.
2. Оказываемая медицинская услуга представляет собой ортопедическое лечение с целью восстановления жевательной мощности и устранения дефектов зубного ряда.
3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений.
  - 3.1. Возможные основные осложнения и побочные эффекты:
    - 3.1.1. При обработке недепульпированного зуба из-за близкого расположения пульпы зуба, связанного с анатомией данного пациента, может произойти воспаление пульпы зуба. При этом осложнении, возникает необходимость депульпировать зуб или проведение операции — резекции верхушки корня зуба с пломбированием его через канал зуба за счет средств Пациента
    - 3.1.2. Расцементировка опорных коронок. В этом случае проводится новая фиксация протеза на цемент (в период гарантийного срока — бесплатно).
    - 3.1.3. Разрушение опорного зуба кариозным процессом в период пользования мостовидными протезами или коронками должно рассматриваться как осложнение, возникшее по условиям непреодолимой силы, и не зависит от Исполнителя.
    - 3.1.4. Скол эстетической облицовки по технологическим причинам в период гарантийного срока устраняется бесплатно, а скол эстетической облицовки по бытовым причинам (при приеме твердой пищи и др.) производится за дополнительную плату.
    - 3.1.5. Из-за употребления продуктов, содержащих пигмент (чай, кофе, никотин, свекла, морковь и т.д.), и наличия зубных отложений может произойти изменение цвета облицовки.
    - 3.1.6. В связи с тем, что осложнение возникает вследствие биологических особенностей организма, а все остальное из-за несовершенства технологического процесса на современном этапе состояния медицинской науки Исполнитель не может полностью исключить их вероятность и не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех технологических требований и медицинских показателей.
    - 3.1.7. При пользовании съемным протезом возможно травматическое повреждение слизистой оболочки рта протезом, что устраняется проведением коррекции съемного протеза в течение 1 месяца и более.
    - 3.1.8. Пациент подтверждает, что ознакомлен и получил бесплатную, доступную информацию, касающуюся особенностей данной медицинской услуги и условий ее получения. Пациент осознает и согласен с тем, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, т.к. произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке не позволяют достичь желаемого результата. Пациент признает, что не наступление желаемого результата не следует рассматривать как вред, а Исполнитель оказал медицинскую услугу как меру реализованной возможности в данных обстоятельствах.

\_\_\_\_\_  
подпись врача

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
подпись пациента

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Дата

**АКТ  
ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

Врачом \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)

выполнены платные медицинские услуги по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
пациенту \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

проживающему по адресу \_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_.

Медицинские услуги (лечение) оказаны качественно, в полном объеме. Пациент претензий к поликлинике и врачу не имеет.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**ПАЦИЕНТ:**

Директор \_\_\_\_\_ Конюхов Н.Н.  
М.П. (подпись исполнителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
ФИО

----- линия разреза -----