До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Пациента о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Москва ДД.ММ.ГГ

Пациент (Потребитель)

(ф.и.о. физического лица)

Паспорт серия № выдан дата выдачи
зарегистрирован

Телефон: e-mail

и ООО «Лаки Смайл», свидетельство о присвоении ОГРН 1097746129843 серия 77 №011537955 выдано МИФНС №46 по г.Москве в лице Генерального директора Николаенко Елены Витальевны, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-77-01-015254 от 29.11.2017 г., выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (г.Москва, пер. Оружейный, 43, тел. 8 499 251-83-00) на осуществление медицинской деятельности по амбулаторно-поликлинической, в том числе специализированной медицинской помощи по ортодонтии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, стоматологии ортопедической, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Пациент – оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Лаки Смайл» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Пациента, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, вместе с Пациентом составляет Предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с предварительным планом лечения.

2.3 Настоящий Договор вступает с силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору или после расторжения любой из Сторон в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

2.4. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указывается в Предварительном плане лечения.

2.5. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который по желанию одной из сторон составляется обязательно письменно и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.6. Услуги по данному договору могут быть оказаны без составления письменного предварительного финансового плана лечения (сметы), по объему и по стоимости согласованы между Исполнителем и Пациентом устно. Факт оказания Пациенту платных медицинских услуг означает его полное информирование с перечнем и стоимостью услуг и согласие с ними.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья пациента.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать Информированное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.

3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть Договор, предварительно оплатив фактически понесенные Исполнителем затраты.
3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг.
3.2.8. Посещать клинику Исполнителя 1 раз в 6 месяцев для бесплатного планового профилактического осмотра.
3.2.9. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.
3.3 Исполнитель имеет право:
3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем и стоимость диагностики и лечения.
3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.
3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Приложением к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».
3.3.4. Отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу.
3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг.
3.3.5. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
3.4 Пациент имеет право:
3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.
3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.
4. Порядок оплаты
4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оплаты услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт. Пациент по своему желанию может внести аванс. В подтверждение оплаты услуг Пациенту выдается соответствующий фискальный документ.
4.2 Пациент согласен оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем внесения аванса в сумме не менее 50% стоимости таких услуг до начала их оказания.
4.3 Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания – по предварительной договоренности Сторон.
4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Пациенту в течение 10 банковских дней с момента получения письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем убытков.
4.5. При неоплате Пациентом стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пеню в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.
5. Ответственность сторон
5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций; с возникновением предполагаемых осложнений; при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, Исполнитель перед Пациентом ответственности не несет.
5.3. В случае нарушения пациентом п. 3.2.5. настоящего Договора Исполнитель не несет ответственности в случае предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу, или после изготовления в другой клинике стоматологического изделия, способного прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию.
5.4. Нарушения Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Договора, являются основанием для одностороннего расторжения Договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия по собственной вине пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи.
5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров
6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Досудебный порядок рассмотрения споров обязателен.
6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.
6.3. При не достижении согласия Сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.
7. Прочие условия
7.1.Содержание, сроки и объем лечения согласовываются Сторонами устно или письменно.
7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему может предоставляться их копия или выписка.
7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.
7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Лаки Смайл» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.
7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6.Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками оказания и стоимостью, с «Положением о гарантиях» в клинике Исполнителя.

7.7. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

8. Гарантийные сроки, установленные Исполнителем:

На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) –2 года. На все виды съемных протезов – 1 год. На лечение и протезирование зубов, на которых ранее были пломбы, установленные не в клинике Исполнителя – 1 год. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные конструкции – 2 недели. Сроки службы всех постоянных стоматологических конструкций составляют 2 года, всех временных конструкций – 2 недели.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и прочие неовеществленные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы стоматологических конструкций Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте и информационном стенде Исполнителя. Установленные Исполнителем в индивидуальном порядке ограниченные сроки гарантии и сроки службы стоматологических конструкций фиксируются в амбулаторной карте Пациента и в приложениях к настоящему Договору.

9. Срок действия Договора

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

10. Реквизиты Сторон:

Исполнитель: **ООО «Лаки Смайл»**	Пациент: (Ф.И.О.)
Юридический адрес: 115172, г.Москва, Народная улица д 22/13 Фактический адрес: 115172, г.Москва, Народная улица д 22/13 тел./факс +7(495)917-07-07 Р.с №40702810400000003463 в ПАО Банк «ФК Открытие», Москва, БИК 044525985 Кор.сч. №30101810300000000985, ИНН/КПП 7709826625/770501001 код ОКПО 60485819, ОГРН: 1097746129843, ОКВЭД 86.23 Генеральный директор: Николаенко Е.В. _____ мп	Адрес проживания Адрес регистрации _____ Телефон E-mail Пациент: _____/_____ ФИО подпись

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг № от дд.мм.гг.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я ознакомлен и согласен(согласна) с названными мне условиями проведения медицинского вмешательства.

Я, _____

добровольно обращаюсь в ООО «Лаки Смайл» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования, эстетической коррекции и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске и возможных осложнениях, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах лечения, связанном с ними риске, о возможных осложнениях, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, прогнозах и исходах лечения, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на оказанные услуги.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов, отбеливание, и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю/не разрешаю (*подчеркнуть*) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет. Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, и близким родственникам.

Я информирован(а) и согласен с необходимостью различных рентгенологических исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я понимаю, что любой депульпированный зуб должен быть покрыт постоянной ортопедической конструкцией в течение 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае гарантии на этот зуб утрачиваются.

Я осведомлен(а) о необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам). Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примерок и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих ортопедические конструкции винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также вследствие нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что специалисты ООО «Лаки Смайл» не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прейскуранту Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

дд.мм.гг

Врач: _____/ _____ Пациент _____ / _____