

ООО "СТАЙЛ-С"

г. Москва, ул. Декабристов, д. 28, корп. 1, тел.: (499)904-14-66

Государственный регистрационный номер 1157746179381 от 11 марта 2015 г.

Лицензия № ЛО-77-01-010431 от 23 июня 2015 г. на оказание первичной и специализированной медико-санитарной помощи по: ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, терапевтической, хирургической. Выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы Оружейный пр-д, 43 стр.1 т. 8 (499) 251-83-00

ДОГОВОР № {НомерКарты} об оказании платных медицинских услуг от {Дата}

Стоматологическая клиника ООО "СТАЙЛ-С", именуемое далее "Исполнитель", в лице генерального директора Петухова Ивана Ильича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин {ФамилияИмяОтчество}; именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. "Заказчик" поручает, а "Исполнитель" обязуется оказать "Заказчику" платные медицинские стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, одобренным "Заказчиком"

2. Права и обязанности сторон.

2.1. "Исполнитель" обязан:

- оказать "Заказчику" квалифицированную, качественную медицинскую помощь;
- предоставить "Заказчику" бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

2.2. "Исполнитель" имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.3. "Заказчик" обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом;
- соблюдать гигиену полости рта;
- точно выполнять назначения врача.

2.4. "Заказчик" имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;
- знакомится с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей.

3. Стоимость и порядок оплаты.

3.1. Стоимость услуг устанавливается согласно действующему на дату заключения настоящего договора прейскуранту клиники.

По мере обследования "Заказчика" и установления диагноза лечащий врач составляет предварительный план лечения пациента, по которому согласно пункту 3.1 определяется общая ориентировочная стоимость услуг.

3.2. По мере лечения пациента возможно уточнение диагноза и изменение предварительного плана лечения. Все уточнения и изменения в обязательном порядке согласуются с "Заказчиком". Стоимость дополнительных услуг определяется согласно пункту 3.1 настоящего договора.

3.3. Терапевтические услуги оплачиваются "Заказчиком" по факту оказания услуг; ортопедические услуги оплачиваются на условии 50% предоплаты.

3.4. План и стоимость работ может корректироваться по ходу проводимого лечения с обязательным уведомлением и с одобрения "Заказчика".

4. Дополнительная информация.

4.1. Медицинская стоматологическая услуга не оказывается, если у "Заказчика" имеются острые соматические воспалительные заболевания (ангина, бронхит и т.п.).

4.2. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги "Заказчик" должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью "Заказчика", информацию о которых он получает от лечащего врача.

4.3. В связи с тем, что вышеупомянутые побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, "Исполнитель" не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае, если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, "Исполнитель" устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

4.4. "Заказчик" подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления.

4.5. Гарантия на все виды стоматологической помощи (терапевтическое, ортопедическое лечение) - 12 месяцев, при соблюдении определенных условий, описанных в положении об установлении гарантийного срока и срока службы

4.6. Гарантия не распространяется на конструкции с опорой на зубы, леченные в других клиниках и с опорой на зубы, восстановленные культевыми внутриканальными вкладками.

5. Срок действия договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами до окончания лечения "Заказчика".

5.2. Договор может быть расторгнут "Заказчиком" в одностороннем порядке в любой момент. В этом случае остаток не зачтенного в счет лечения аванса подлежит возврату "Заказчику".

5.3. Договор может быть расторгнут "Исполнителем" в одностороннем порядке в случае, если услуги своевременно не оплачены "Заказчиком".

Реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО "СТАЙЛ-С"

ИНШКПП 7715424113\771501001

ОГРН 1157746179381

123273, г. Москва, ул. Декабристов, д.28, корп.1 р/с

40702810802520000783 в АО "АЛЬФА-БАНК" г.

Москва ю/с 30101810200000000593 Бик 044525593

Генеральный директор Петухов Иван Ильич

Подпись: _____

ЗАКАЗЧИК

{ФамилияИмяОтчество}

{Адрес}

{Паспорт}

{Телефоны}

Подпись: _____

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) .

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, профессия, состояние здоровья, контактные телефон(ы), 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, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), 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 .

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие 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.

Настоящее согласие дано мной

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20__ г.
(дата)

заполнения)

Подпись субъекта персональных данных _____

Информированное добровольное согласие пациента

ООО «СТАЙЛ-С» Приложение к Договору _____ от _____

Настоящим я _____ подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого мне представлен. Мне составлена полная письменная смета на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план моего стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о выборе вида лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время реализации плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана стоматологического лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от протезирования, может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен(на) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, и эксплуатации ортопедической конструкции.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100%-ный положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию зубов, протезирование зубов, лечение зубов и десен, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения плана лечения, применения материалов и дополнительного ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Дата _____

Дата _____

Врач _____

Пациент _____