**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г.Н.Новгород « » г.

ООО «Дентал-Практика» ОГРН 1045207469955 ,ИФНС РОССИ по Нижегородскому р-ну г.Н.Новгорода. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-004652 от 22 января 2015, выданная министерством здравоохранения Нижегородской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Кирзон О.С., действующей на основании доверенности от 01.01.23 с одной стороны и Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем: 1. Предмет Договора Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и др.), отвечающую требованиям, предъявленным к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ пациенту, а Пациент добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором., в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05. 2023г. №736 «об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель обязуется оказать именуемому(ой) в дальнейшем Заказчику на возмездной основе стоматологические услуги по наименованию и стоимости в сроки указанные в Приложении (акте) к настоящему Договору, которые являются неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить стоматологические услуги по цене, в сроки и на условиях, установленным настоящим Договором и приложениями к нему.

1.2.Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-52-01-004652 при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу;

1. при осуществлению амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической;
2. при оказании первичной в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии;
3. организует и обеспечивает оказание стоматологических услуг согласно утвержденных технологий, используя при этом сертифицированные медицинские препараты и соблюдая санитарный режим, соответствующий действующим требованиям. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем в рамках перечня видов медицинской деятельности установленных Лицензией и осуществляются сотрудниками Исполнителя, имеющими сертификат на конкретный вид деятельности.

1.3. Заказчик, понимая, что оказание Исполнителем стоматологической услуги надлежащего качества возможно только при полном содействии самого Заказчика, заранее соглашается со всеми требованиями Исполнителя касающимися: предоставления информации о состоянии своего здоровья; заполнения медицинской и иной документации; проведения дополнительных обследований и лечебных манипуляций; гигиены полости рта и иных требований и предписаний врача.

**2. Обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Провести по заявке Заказчика осмотр-консультацию врачом-стоматологом необходимой специализации

2.1.2. Довести до сведения Заказчика результаты осмотра-консультации и оформить их в Медицинской карте. По просьбе Заказчика, Исполнитель рассчитывает, с учетом плана лечения, приблизительную стоимость лечения. При выявлении необходимости изменить план лечения, Исполнитель доводит до Заказчика измененный план лечения .

2.1.3. Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию:

- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов; - о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья; о состоянии полости рта.

2.1.4. Провести диагностические и лечебные манипуляции в соответствии с требованиями и рекомендациями Минздрава и объективным состоянием здоровья Заказчика на момент оказания ему стоматологической услуги.

2.1.5. Обеспечить гарантийное обслуживание Заказчика в соответствии с утвержденными Исполнителем правилами.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1. Ознакомиться, перед началом лечения, с действующим прейскурантом на стоматологические услуги, согласием на услуги стоматологической помощи условиями гарантии, планом лечения.

2.2.2. Выполнять все указания и требования лечащего врача.

2.2.3. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии своего здоровья в процессе лечения и о принимаемых лекарственных средств и получаемых процедурах.

2.2.4. Подписываться в согласии на стоматологические услуги,плане лечения. медицинской карте под всей информацией, которую лечащий врач доводит до сведения Заказчика.

2.2.5. Извещать Исполнителя о невозможности плановой явки на прием к врачу не менее чем за 24 часа.

2.2.6. Своевременно оплачивать Исполнителю стоимость оказанных стоматологических услуг.

**2. Права сторон**

**2.1. Заказчик имеет право:**

2.2.1.Получать достоверную информацию: о своем диагнозе; плане лечения; номере Лицензии; сертификации сотрудников; сертификации медицинских препаратов и иную информацию, которую Исполнитель, в соответствии с действующим законодательством обязан предоставлять потребителю услуг.

2.2.2. Осуществить предварительную запись на прием.

2.2.3. Выбирать для лечения любого врача, чья специализация позволяет осуществлять необходимое лечение.

2.2.4. В любое время отказаться от лечения, в том числе начатого, при условии возмещения Исполнителю понесенных им затрат на лечение, изготовление протезов и т.д. Затраты Исполнителя в этом случае определяются на основании выставленного Заказчику счета.

2.2.5. В любое время получать выписку из Медицинской карты (а также иную письменную информацию) для представления в иные организации. Выписки готовятся в течение 10 суток с момента обращения.

**3. Порядок расчетов**

3.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в Приложении(акте)к настоящему договору (либо с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами.

3.2. Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

**4. Гарантийные обязательства**

4.1. На все стоматологические услуги, оказанные Заказчику, Исполнитель, в соответствии с существующими в клинике Гарантийными правилами, устанавливает индивидуальные сроки и условия гарантийного обслуживания.

4.2. Исполнитель уведомляет Заказчика/Пациента о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение не может быть гарантировано.Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний,о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющего самостоятельным юридическим документом.

**Гарантия не распространяется в следующих случаях:**

4.3.Прекращении лечения по инициативе Пациента.

4.4. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика заболеваний и изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных средств, вредных внешних воздействий), наступивших в период гарантийного срока, которые напрямую приводят к изменению в зубах и окружающих тканях.

4.5.«Заказчик» не соблюдает гигиену полости рта , «Заказчик» не явился на профилактический осмотр,согласно графика по плану лечения, соответственно не выполняется план лечения.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность:

- за соответствие оказанной услуги общепринятым стоматологическим стандартам;

-за причинение по небрежности персонала вреда здоровью Заказчика;

В случае причинения вреда здоровью из-за несоблюдения указанных выше требований, Исполнитель устраняет данный вред за свой счет.

5.2. Исполнитель не несет ответственности, если вред здоровью Заказчика был причинен в результате того, что:

- заказчик предоставил недостоверную информацию о своем здоровье;

- заказчик отказался от необходимого лечения и рекомендуемых медицинских препаратов;

- заказчик не выполнял требования и предписания лечащего врача.

5.3. Стороны несут ответственность за неисполнение или за ненадлежащее исполнение иных условий договора в соответствии с российским законодательством.

**6. Порядок разрешения споров.**

6.1. В случае возникновения у Заказчика претензий, направленных Исполнителю в письменном виде, возникшие претензии рассматриваются директором клиники. Сроки рассматриваются действующим законодательством.

6.2. При невозможности разрешить спор и достигнуть согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

**7. Прочие условия**

7.1. Постановление Правительства РФ от 04.10.2016 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на стойке администратора в клинике.

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания и действует 12 месяцев .

7.3. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

**С условиями договора и предоставления гарантийных обязательств ознакомлен и согласен :**

**9. Адреса и реквизиты**

**«Исполнитель» «Заказчик»**

ООО «Дентал-Практика» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 5260138257

ОГРН 1045207469955 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

603137 г.Н.Новгород,

ул. Жукова д.16 п2

тел.462-97-34

Главный врач

ООО «Дентал - Практика»

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кирзон О.С. подпись пациента или его законного представителя

Н.Новгород, ООО «Дентал-Практика»

Приложение «Эндодонтия» к Договору

Оказания стоматологических услуг

При лечении каналов зуба (эндодонтическое лечение), которое проводится при пульпите и периодонтите, гарантии на успех лечения предоставить невозможно, так как лечение связано с воспалительными процессами и состоянием иммунной системы пациента, хотя успех лечения достаточно высок. Это распространяется и на хирургическое лечение, которое, как правило, связано с воспалительными процессами и возможны негативные последствия. Гарантия предоставляется на соблюдение стандартов эндодонтического лечения.

Для проведения эндодонтического лечения необходимо письменное согласие пациента, отражающего понимание сути заболевания, методов и способов лечения, возможных осложнений и исходами лечения.

Я, извещен(а) о том, что мне показано лечение корневых каналов зубов № **\_\_\_\_**

Доктор так же разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения корневых каналов перед удалением и последствия, которые могут наступить при невыполнении лечения, включая перечисленные ниже и другие возможные осложнения во время и после лечения:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.

- Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

- Обострение воспалительного процесса.

- Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

- Частота неудач составляет 5-10%. (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

- Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургическое коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

- Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я ознакомлен(а) с альтернативными методами лечения зуба и их последствиями.

Последствиями отказа от лечения могут быть:

- Прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; системные проявления заболевания.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким, и его нужно будет защищать от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я понимаю, что через **6** (**шесть**) месяцев я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты лечения корневых каналов.

При лечении корневых каналов никакой гарантии успешного лечения нет, и не может быть дано.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано выше в этой информативно-согласительной форме касается любого эндодонтического лечения, которое проводится или будет проводиться позже.

**С условиями данного договора ознакомлен (в) и согласен(а).**

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись и фамилия пациента или его законного представителя