До заключения Договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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 Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

г. Оренбург « \_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Несовершеннолетний Пациент (потребитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в лице действующего от его имени Законного представителя несовершеннолетнего

Ф.И.О.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, именуемый в дальнейшем **«Пациент», «Потребитель» и «Законный представитель Пациента»,** адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +7 (9\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и Общество с ограниченной ответственностью «ЛИКА ПЛЮС», адрес места юридического нахождения - 460008, Россия, Оренбургская область, г. Оренбург, п. Ростоши, ул. Связистов, д. 47, адреса места осуществления медицинской деятельности: город Оренбург, п. Ростоши, ул. Связистов, дом 47; 460528, Оренбургская область, Оренбургский район, с. Ивановка, ул. Комсомольская, дом № 11а. Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" www.likaplus.ru, свидетельство о присвоении ОГРН 1045605462430 от 28 июля 2004г., выданное ИФНС по Ленинскому району г. Оренбурга, ИНН 5610081793 в лице директора Ханиной Екатерины Анатольевны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01022-56/00300763 от 01.09.2015 г., выдана Министерством здравоохранения Оренбургской области  адрес: Россия, Оренбургская область, 460006 г. Оренбург, Терешковой, 33. Телефон: (3532) 37-54-80, сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения содержащиеся в электронных реестрах лицензий: www.likaplus.ru, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; при оказании первичной специализированной амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора.

1.1 Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Законный представитель Пациента – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия несовершеннолетнего Пациента (до достижения им возраста 15 лет – согласия Законного представителя), данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Сроки оказания услуг по Договору указаны в «Положении о сроках оказания медицинских услуг» Исполнителя, с которыми Законный представитель Пациента был ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.4. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указываются в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после консультации и обследования Пациента. Согласие Законный представитель Пациента на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

2.5. Подписывая Договор, Законный представитель Пациента подтверждает, что до его заключения лично ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, Положением о сроках оказания услуг, с положением о стоматологической клинике, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов, размещенных на информационном стенде и сайте Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования.

2.6. Законный представитель Пациента до подписания Договора получил сведения, размещенные на информационном стенде и сайте Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

2.7. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе [клинических рекомендаций](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/529d8da5a3fd5a6e7bac9da26bc0f1ce1c48b77a/) и с учетом [стандартов](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/c335af07929c2b2a5df5b1a0380b9e39598f60be/) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.8. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется потребителю в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

2.9. Перечень платных медицинских услуг по Договору предоставляется Законному представителю Пациента в форме плана обследования и лечения, являющимся приложением к настоящему Договору и составляемому после проведения консультации и диагностики лечащим врачом.

2.10. Законный представитель Пациента имеет возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте и на информационном стенде Исполнителя на Законный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](https://www.pravo.gov.ru/)) и законный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.11. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют 90 календарных дней.

3. Права и обязанности Сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а также в соответствие с условиями настоящего Договора.

3.1.2. Ознакомить Потребителя в письменном виде с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах по плану лечения, перечнем, стоимостью, сроками оказания услуг до начала их оказания.

3.2 Потребитель (Законный представитель Пациента) обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на овеществленные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты выполненных услуг после их оказания и иные документы и Приложения к настоящему Договору. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об имеющихся заболеваниях, об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учрежде­ний, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Законного представителя Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Законный представитель Пациента обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или путем внесения предоплаты в случаях, предусмотренных Договором и правилами оплаты услуг в клинике Исполнителя с учетом положений статьи 34 ФЗ РФ "О защите прав потребителей".

3.2.8. Заботиться о своем здоровье несовершеннолетнего Пациента, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания согласованных письменно с Пациентом дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.2. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору, указывать их в плане лечения, акте выполненных услуг, гарантийном талоне, иных документах.

3.3.3. Направить Пациента с согласия Законного представителя к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.3.5. Изменить план обследования и(или) лечения по медицинским показаниям и оказать дополнительные платные медицинские услуги без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.4 Законный представитель Пациента имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных пре­паратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам ст.70 Закона 323-ФЗ.

3.4.3. Получать выписки или копии из медицинской документации в порядке, установленном соответствующими нормативными актами РФ.

3.5. Законный представитель Пациента обязан, находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения несовершеннолетнего Пациента, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в клинике Исполнителя.

4. Порядок оплаты медицинских услуг.

4.1 Законный представитель Пациента обязан оплатить оказанную Исполнителем услугу в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений [статей 16.1](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/1601) и [37](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/37) Закона "О защите прав потребителей". После оплаты выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Законный представитель Пациента производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Услуги оказываются Исполнителем с использованием своих материалов или материалов субподрядчика. Исполнитель полностью отвечает за ненадлежащее качество использованных при оказании услуг материалов. Материал Исполнителя оплачивается при заключении Договора полностью с учетом положений [статьи](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/1601) [3](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/37)4 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты.

4.4. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно.

4.5. Пациент согласен оплачивать **консультации врачей-специалистов**, а также **все виды лечения**, за исключением комплексного **ортопедического, хирургического и ортодонтического лечения**, в день оказания услуги.

4.6. Пациент согласен оплачивать все **ортопедические услуги** в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме не менее 50% стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.7. Пациент согласен оплачивать **ортодонтические услуги** (***при использовании элайнеров***) в соответствии с графиком платежей лечения утвержденным Пациентом в Предварительном плане лечения (70% от стоимости лечения в момент снятия слепков,30% в день установки 1-го элайнера), и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. При использовании другой ортодонтической аппаратуры Пациент производит оплату медицинских услуг по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг.

4.8. Пациент согласен оплачивать **хирургическое лечение** с установкой имплантатов и костно-пластической операции в размере 100% предоплаты не менее чем за 7 рабочих дней до предполагаемой даты проведения процедуры.

4.9. В случае проведения Пациенту комплексного лечения, услуга оказывается в соответствии с Предварительным планом лечения, стоимость медицинских услуг, выполняемых при проведении комплексного лечения, определяется по Прейскуранту, действующему на момент подписания предварительного плана лечения.

4.10 Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания – по предварительной договоренности Сторон.

4.11. Оплата за уже оказанные медицинские услуги, не возвращается.

4.12. Дополнительный перечень услуг, оказываемый на возмездной основе настоящего Договора, согласовывается Сторонами путем подписания дополнительного Соглашения к настоящему Договору. Оплата дополнительных услуг производится в порядке, предусмотренном данным разделом Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. В случае задержки Законным представителем Пациента оплаты по Договору, начисляется пеня в размере 0,5% за каждый день просрочки оплаты. Оплата пени не снимает с Законного представителя Пациента обязательств полной оплаты оказанных услуг по Договору.

5.3. В случае отказа Законного представителя Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Законный представитель Пациента оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Обращения (жалобы) Законный представитель Пациента может направить на почтовый адрес 460008, Россия, Оренбургская область, г. Оренбург, Связистов, д. 47 следующим способом: заказным письмом с уведомлением о вручении или при личном обращении законного представителя) в клинику Исполнителя.

6.2. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 45 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенный Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.

6.3. При предъявлении потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.4. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Законному представителю Пациента не выдаются. Законный представитель Пациента имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

7.2. Законный представитель Пациента, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает □ не дает □ (выбрать) свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих и несовершеннолетнего Пациента персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, профессию, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Пациент уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопротоколирования этапов оказания платных медицинских услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде.

7.3. Исполнитель не вправе отказывать Законному представителю Пациента в заключении, исполнении, изменении или расторжении Договора в связи с отказом Пациента предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора (для подтверждения полномочий Законного представителя представлять интересы несовершеннолетнего Пациента).

7.4. Подписывая данный Договор, Законный представитель Пациента подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.5. Заключение Договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным Договором, осуществляются в соответствии с [Гражданским кодексом](http://ivo.garant.ru/#/document/10164072/entry/0) РФ и [Законом](http://ivo.garant.ru/#/document/10100758/entry/0) РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Пациента по Договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются в соответствии с условиями настоящего Договора.

8. Гарантийные обязательства по Договору:

8.1. Полная информация об условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте " www.likaplus.ru и на информационном стенде Исполнителя.

8.2. Порядок и условия выдачи законному представителю Пациента после исполнения Договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы устанавливается в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31 июля 2020 г. №789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них“ и осуществляется по письменному запросу законного представителя Пациента в срок до 30 календарных дней.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора.

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор по причине окончания срока действия, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

9.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9.3. Расторжение Договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента, по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству РФ.

10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11. Реквизиты сторон

«Исполнитель» «Пациент»

|  |  |
| --- | --- |
| Общество с ограниченной ответственностью «ЛИКА ПЛЮС»  Юридический адрес:  460008,г. Оренбург,  мкрн. пос. Ростоши,Связистов, 47  **Тел:** 83532346687  **ИНН** 5610081793 **КПП** 561001001 **БИК**  042202824  **р/с** 40702810929250002720  **к/с** 30101810200000000824  в АО «АЛЬФА-БАНК»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Директор) Ханина Екатерина Анатольевна | Паспорт  выдан года,  e-mail:  телефон:  Фактический адрес:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

г. Оренбург

Приложение № 1

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ООО «ЛИКА ПЛЮС»

Ханина Е.А**.**

**ПОЛОЖЕНИЕ О ГАРАНТИЯХ,**

**УСТАНОВЛЕННЫХ НА РАБОТЫ И УСЛУГИ В ООО «ЛИКА ПЛЮС»**

Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния стоматологического здоровья пациента, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от нее, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по Договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов. Это связано с индивидуальными особенностями организма Пациента, наличием/отсутствием у него хронических заболеваний. Кроме того, большую роль играет наследственность.

Начало гарантийного срока устанавливается с момента окончания лечения каждого конкретного клинического случая (диагноза) с выдачей Гарантийного талона (Приложение №6).

**Гарантийные сроки, установленные Исполнителем:**

1. На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, имплантаты (установленные Исполнителем) – 2 года.  
2. На постоянные съемные протезы – 12 месяцев.  
3. На услугу с зубами, которые были ранее пролечены не в клинике Исполнителя и требуют замены пломбы или коронки – 12 месяцев.  
4. На любые услуги с зубами, каналы которых ранее были пролечены не в клинике Исполнителя -1 неделя. ***Перелечивание таких зубов является очень рискованным и непредсказуемым процессом. Просим особенно внимательно прочитать этот пункт и все обдумать до начала лечения, поскольку перелечивание корневых каналов является одной из наиболее дорогих и непредсказуемых манипуляций. Если результат перелечивания не будет положительным и зуб будет удален в сроки более 1 недели от окончания лечения каналов, деньги за лечение и протезирование этого зуба возвращены не будут***.  
5. На случаи предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения (о чем делается соответствующая запись в истории болезни) – 1 день.  
6. На временные пломбы, временные коронки–1 неделя.  
7. Гарантия устанавливается только на услуги, имеющие овеществлённый результат: пломбы, восстановления, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На отбеливание, ортодонтию, профессиональную гигиену полости рта, хирургические манипуляции и прочие неовеществленные услуги, гарантии не устанавливаются.  
8. На лечение временных зубов от 1 месяца до 12 месяцев с учетом сроков физиологической смены.  
3. На все элементы ортодонтических систем распространяется на весь период лечения, за исключением заведомо прогнозируемых коррекций поломок указанных элементов, а именно - их повторной фиксации. Гарантия не распространяется на промежуточные ортодонтические конструкции любого вида и на поломки по вине пациента.

**Гарантийные сроки уменьшаются на половину или утрачиваются:**

1. В случае неудовлетворительного показателя индекса гигиены полости рта.  
2. Если лечение не закончено и в полости рта были оставлены кариозные зубы, старые несостоятельные пломбы и ортопедические конструкции, являющиеся постоянным источником кариесогенной инфекции и требующие замены.

3. При наличии подвижности зуба. Устанавливается врачом.

4. При выявлении у пациента: проф.вредностей, бруксизме, вредных привычек.

**Гарантия на все виды оказанных услуг полностью утрачивается, если:**

1. При возникновении проблем с какой-либо стоматологической конструкцией пациент не уведомляет письменно лечащего врача нашей клиники в срок до 7 дней включительно и не обращается в клинику в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления.  
2. При лечении любого вида стоматологической патологии в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни.  
3. Выполнено протезирование зубов в другой клинике на имплантатах, установленных Исполнителем.  
4. В случае неоплаты любой фактически оказанной Пациенту услуги сроком более 1 недели с момента её оказания.  
5. В случае неявки на бесплатный плановый профилактический осмотр в сроки до8 месяцев, если другое не рекомендовал доктор.  
6. При любом самостоятельном вмешательстве Пациента в гарантийную стоматологическую конструкцию.  
7. При появлении осложнений, возникающих по причине неявки Пациента в срок, указанный врачом, или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений.  
8. В случае последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.).  
9. В случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации.

Сроки службы постоянных стоматологических конструкций составляют 24 месяца. В случае изготовления ортопедической конструкции, Пациент выплачивает полную стоимость протезирования в виде 100% предоплаты. При отказе Пациента от протезирования на любом этапе после снятия оттисков, с него удерживается 50% от полной стоимости работы. Ортопедическая конструкция, слепки и модели остаются у Исполнителя. Пациент имеет право при наличии клинической возможности завершить протезирование позже, заново выплатив полную стоимость оказанных услуг по протезированию. Препарирование зуба под коронку считается отдельной услугой. При длительном (более 2 недель) отсутствии Пациента после снятия слепков зубы могут изменить свое положение. Ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая конструкция уже будет непригодна ввиду изменения положения опорных зубов. В этом случае протезирование проводится только после полной повторной оплаты всей услуги. Сроки гарантии могут устанавливаться врачами клиники индивидуально для каждого вида услуг, о чем уведомляют Пациента и делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

**Врач разъяснил:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/**  Дата:

**Пациент ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  Дата:

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения гражданина или законного представителя, Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения пациента при (подписании законным представителем), проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «ЛИКА ПЛЮС».

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЛИКА ПЛЮС».

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
| Медицинским работником |  |
|  |  |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право 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 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя, телефон) | |
|  |  |  | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | | |

**Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «ЛИКА ПЛЮС».

для получения квалифицированной медицинской помощи и проинформирован(а) о необходимости лечения.

Я получил(а) подробную консультацию специалиста, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время стоматологического лечения. Меня проинформировали о гарантийных сроках. Я ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. В противном случае я лишаюсь права на гарантию.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии, стоматологического лечения и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал(а) о своем аллергическом статусе.

Я согласен(а), что никто не может предсказать точный исход заболевания.

Я понимаю необходимость рентгенологического обследования и контроля качества лечения.

Я доверяю врачу- стоматологу и согласен(а) провести стоматологическое лечение.

Подпись пациента: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ  
субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:

Паспорт: Кем выдан: Дата выдачи:

Адрес:

Телефон:

даю согласие ООО «ЛИКА ПЛЮС» (далее – Исполнитель), которое находится по адресу: г. Оренбург, п Ростоши, ул. Связистов, дом 47 в лице любого его штатного сотрудника, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был ранее ознакомлен.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеоинформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения при условии сохранения третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

ФИО/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_