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.

**Пациент** (Потребитель)

(Ф.И.О. физического лица)

« \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик (физическое лицо: ФИО данные паспорта, дата рождения, регистрация)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или юридическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 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 Пациент – принять, а Заказчик - 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, желание Заказчика оплатить оказание услуг Пациенту, наличие медицинских показаний у Пациента и возможностей у Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Пациента, 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 Пациент и Заказчик были ознакомлены 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 Пациента и Заказчика на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

2.5. Подписывая Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, 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 Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования.

2.6. Пациент и Заказчик 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 и Заказчику в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

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

2.10. Потребитель и Заказчик имеют 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 Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](https://www.pravo.gov.ru/)) и официальный 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 условиям Договора.

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

3.2 Пациент 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 приемки-сдачи оказанных услуг 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 к врачу 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 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 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 Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, при этом Пациент сообщает о своем отказе от лечения Заказчику, который оплачивает оказанные Пациенту услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.2.8. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору самостоятельно оплатить оказанные услуги.

3.2.9. Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике Исполнителя

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить оказанные Исполнителем Пациенту услуги по настоящему Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или авансом.

3.3.2. Подписывать все приложения к Договору и акты выполненных услуг в случае отсутствия аргументированных претензий.

3.3.3. Получать и подписывать документы финансовой отчетности по услугам в рамках настоящего Договора.

3.3.4. При отказе Пациента от продолжения лечения оплатить оказанные Пациенту услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.4 Исполнитель имеет право:

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

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

3.4.4. 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.

3.5 Пациент имеет право:

3.5.1. 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.

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

3.5.3. Получать выписки или копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством РФ.

3.5.4. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору самостоятельно оплатить оказанные услуги.

3.6. Заказчик имеет право:

3.6.1. Знакомиться со всей медицинской документацией по настоящему Договору, получать сведения о состоянии здоровья Пациента и его персональные данные при условии сохранения конфиденциальности.

3.6.2. Запрашивать акты выполненных услуг, акты сверки и иные документы, относящиеся к предмету Договора.

4. Порядок оплаты медицинских услуг.

4.1 Заказчик обязан оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Заказчик 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 Заказчиком 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 Заказчику 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 Заказчиком оплаты по Договору, ему начисляется пеня в размере 0,5% за каждый день просрочки оплаты. Оплата пени не снимает с Заказчика обязательств оплаты услуг по Договору.

5.3. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. Обязанности по оплате услуг по Договору за лечение Пациента (Потребителя) исполняет Заказчик. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору данная обязанность оплаты оказанных услуг в полном объеме возлагается на Пациента независимо от причин отказа Заказчика оплачивать услуги.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Обращения (жалобы) Пациент и Заказчик могут 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 Потребителя или Заказчика в клинику Исполнителя.

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".

6.2. 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. Территориальная подсудность споров при подаче Пациентом или Заказчиком-физическим лицом исков по защите своих прав определяется в соответствии с законодательством РФ.

6.4. Споры между заказчиком – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем решаются согласно Гражданского кодекса РФ. Претензионный порядок разрешения споров обязателен. В случае не достижения согласия, споры передаются на рассмотрение Арбитражного суда по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту и Заказчику не выдаются. Пациент имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

7.2. Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает □ не дает □ (выбрать) свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные 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. Пациент, подписывая настоящий Договор, дает Заказчику право на ознакомление с медицинской документацией и персональными данными, необходимое для осуществления оплаты услуг по настоящему Договору.

7.3. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту 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.

7.4. Подписывая данный Договор, Пациент 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 Заказчиком 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 Потребителю (законному представителю потребителя) и Заказчику 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 Потребителя (его законного представителя) или Заказчика 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 трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11. Реквизиты сторон:

**Исполнитель**: Директор ООО «ЛИКА ПЛЮС» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ханина Екатерина Анатольевна

**Пациент**: ФИО, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заказчик:** (полные реквизиты) **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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