ОРТОБЬЮТИ
сотвори улыбку

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 в медицинских организациях, являющихся участниками программ бесплатной помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен(а).

Я ознакомлен(а) с Прейскурантом, со стоимостью запрашиваемых медицинских(ой) услуг(и) и прошу ООО «ОртоБьюти» заключить со мной договор об оказании платных стоматологических услуг. Оплату услуг гарантирую.

ДОГОВОР № _____ об оказании платных стоматологических услуг

г. Челябинск

Пациент: _____
(ф.и.о. физического лица)

Заказчик: _____
(ф.и.о. физического лица)

и **Общество с ограниченной ответственностью «ОртоБьюти» (ООО «ОртоБьюти»),** в лице директора **Лазаревой Ольги Вячеславовны**, действующего на основании Устава и Лицензии № Л041-01024-74/00375398 от 6 сентября 2013г., выданной Министерством Здравоохранения Челябинской области (г.Челябинск, ул.Кирова, 165, тел.263-52-62) сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения содержащиеся в электронных реестрах лицензий: www.roszdravnadzor.gov.ru на осуществление медицинской деятельности по доврачебной медицинской помощи по рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, амбулаторно-поликлинической, в том числе при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, стоматологии, при осуществлении специализированной медицинской помощи по контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, ортодонтии, стоматологии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, стоматологии профилактической, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора

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

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «ОртоБьюти» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Закона РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги, желание Заказчика оплатить оказание услуг Пациенту, наличие медицинских показаний и отсутствие медицинских противопоказаний у Пациента, 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. Лечащий врач Исполнителя в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Заказчика и Пациента, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, степень риска и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и Заказчика, и получает Информированное добровольное согласие, составляет Предварительный план лечения, после чего в соответствии с последним проводит комплекс диагностических, лечебных мероприятий.

2.4. Исполнитель оказывает услуги по Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента способами, предусмотренными действующим законодательством РФ

2.5. Отдельные виды медицинских услуг по данному договору могут быть согласованы между Исполнителем, Пациентом и Заказчиком устно. Факт оказания Пациенту услуги, оплата данной услуги означает, что услуга была согласована с Пациентом и Заказчиком и выполнена в полном объеме.

2.6. Подписывая Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, что до его заключения лично ознакомились с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантийных сроках и сроках службы, установленных на работы и услуги, Положением о сроках оказания услуг, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов, правилами внутреннего распорядка, размещенных на информационном стенде Исполнителя и обязуется соблюдать их требования

3. Права и обязанности сторон

Права и обязанности сторон определяются законодательством Российской Федерации, а также настоящим Договором.

3.1. Исполнитель принимает на себя следующие обязательства:
3.1.1. Предоставить стоматологические услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, по предварительному согласованию.
3.1.2. Провести обследование Пациента, отразить результаты обследования, предварительный диагноз, отразить согласованный с Пациентом план лечения в амбулаторной карте стоматологического больного.
3.1.3. На основании результатов обследования проинформировать Пациента о наличии заболевания, развитии возможных осложнений в случае отказа от лечения, существующих методах лечения, их преимуществах и недостатках.
3.1.4. Определить и сообщить Заказчику предварительную стоимость услуг до их оказания, конкретный перечень медицинских услуг, ориентировочные сроки их оказания и стоимость согласовываются сторонами в планах лечения, являющихся приложениями к настоящему договору. Стоимость курса лечения может меняться в зависимости от сложности клинического случая, индивидуальных особенностей Пациента, продолжительности и материалоемкости лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Пациента и Заказчика и предоставить дополнительные услуги с их согласия или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при отказе Пациента от получения Услуг, уведомив Пациента о последствиях.
3.1.5. Информировать Пациента о том, что невыполнение рекомендаций и назначений врача и иные обстоятельства, зависящие от Пациента, такие как: несоблюдение гигиены, правил эксплуатации, несвоевременные посещения, утаивание необходимой для лечения информации, отказ от лечения, навязывание Пациентом своих методов исполнения услуг могут снизить качество проводимого лечения или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
3.1.6. Оказать стоматологические услуги в сроки, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на плановые приемы и выполнения им рекомендаций врача. Сроки оказания Услуг зависят от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания Услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и согласовываются Сторонами в предварительном плане (предварительных планах) лечения и иных Приложениях к Договору.
3.1.7. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения. Составить для Пациента индивидуальный план профилактических мероприятий с целью снижения риска развития заболеваний и уменьшения тяжести течения выявленных заболеваний.
3.1.8. Хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении («Врачебная тайна»).
3.2. Исполнитель имеет право:
3.2.1. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, объем, срок и стоимость лечения.
3.2.2. Назначать конкретных исполнителей медицинских услуг.
3.2.3. Требовать от Пациента и Заказчика оплаты оказанных медицинских услуг (ч.1 ст.702 ГК РФ).
3.2.4. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма (ОРВИ, герпес, состояние алкогольного и наркотического опьянения и т.д.). При этом сроки предоставления услуг увеличиваются, что не считается нарушением условий Договора.
3.2.5. Перенести лечебное мероприятие на другое время при опоздании Пациента на прием более чем на 15 минут от назначенного времени.
3.2.6.Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае невозможности выполнения настойчивых указаний Пациента, не предусмотренных выбранным вариантом лечения, если это, по мнению Исполнителя, приведет к снижению качества проводимого лечения, к причинению вреда здоровью. При этом Заказчик обязан оплатить фактически оказанные Исполнителем к моменту расторжения настоящего договора услуги.
3.2.7. Направлять Пациента, с его согласия, в медицинские организации или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату по прейскуранту сторонней организации.
3.2.8. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на овеществлённые результаты предоставленных Услуг в соответствии с «Положением о гарантийных сроках и сроках службы, установленных на работы и услуги», являющимся неотъемлемой частью Договора, и иными Приложениями к Договору.
3.2.9. Отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг при несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу.
3.2.10. В случае отсутствия лечащего врача (болезнь, командировка, отпуск и т. д.) в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля или увеличить сроки оказания Услуг.
3.2.11. В соответствии с ч.3 ст.70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отказаться от наблюдения за Пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих.
3.3 Пациент принимает на себя следующие обязательства:
3.3.1. Заполнить анкету о здоровье Пациента, представив всю известную, достоверную и необходимую врачу информацию о состоянии здоровья, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях и другие сведения, которые могут повлиять на выбор материалов и методов оказания медицинской помощи. Не скрывать и не искажать информацию. Исполнитель не несет ответственности за возможные неблагоприятные последствия (включая осложнения, неверную постановку диагноза, некорректные методы лечения), обусловленные неисполнением и/или ненадлежащим исполнением Пациентом настоящего пункта Договора.
3.3.2. Подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предварительный план лечения (смету), акт приемки-сдачи оказанных услуг, а также отказ от медицинского вмешательства. При использовании

альтернативных планов лечения, с отклонением от разработанных стандартов с учетом индивидуальных особенностей Пациента, заверить данные изменения личной подписью. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.
3.3.3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, в том числе: выполнять рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, а так же иных медицинских работников Клиники, участвующих в предоставлении Услуг, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
3.3.4. Соблюдать сроки обращения для продолжения лечения и профилактических осмотров; извещать через администратора Исполнителя о невозможности явки не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени приема. При неявке Пациента в установленный срок на прием с Исполнителя снимается ответственность за возникновение обстоятельств, наступивших в результате неявки Пациента.
3.3.5. Незамедлительно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения и после его окончания, о принимаемых лекарственных препаратах, которые использует Пациент в настоящее время.
3.3.6. Принять результат оказанных медицинских услуг, при обнаружении недостатков немедленно заявить об этом врачу (ч.1 ст.720 ГК РФ). При обнаружении скрытых недостатков известить об этом Исполнителя в разумный срок.
3.3.7. Полностью и своевременно оплачивать предоставленные медицинские услуги (ч.1 ст.781 ГК РФ, ст.37 Закона о защите прав потребителей).
3.3.8. Пациент понимает, что в ходе оказания медицинской помощи могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур. Пациент доверяет врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации. Оплату гарантирую. В случае, если в процессе проведения оперативного вмешательства будут установлены факты сокрытия со стороны пациента обстоятельств, имеющих существенное значение для проведения операции, врач вправе прекратить вмешательство.
3.3.9. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.
3.3.10. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять о 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).
3.3.11. В случае отказа Пациента от получения Услуг письменно уведомить об этом Исполнителя, после чего расторгнуть Договор по инициативе Пациента, предварительно оплатив оказанные Услуги и все фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
3.3.12. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг, посещать клинику Исполнителя не реже, чем 1 раз в 6 месяцев для профилактического осмотра.
3.3.13. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору самостоятельно оплатить оказанные услуги.
3.3.14. Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности, действующие в Клинике.
3.4. Заказчик обязан:
3.4.1. Оплатить оказанные Исполнителем Пациенту услуги по настоящему Договору в соответствии с прейскурантом на момент оказания услуги или авансом.
3.4.2. Подписывать все приложения к Договору и акты выполненных услуг в случае отсутствия аргументированных претензий.
3.4.3. Получать документы финансовой отчетности по услугам в рамках настоящего Договора.
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. На основании письменного заявления, при предоставлении паспорта получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований в сроки, установленные законодательством РФ.
Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержащие персональные данные и медицинскую тайну Пациента

_____

Телефон: +7 (____) _____ e-mail: _____

3.5.4. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору самостоятельно оплатить услуги.
3.5.5. Расторгнуть настоящий Договор посредством предоставления письменного отказа от Услуг в порядке, установленном Договором
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. Пациент, подписывая настоящий Договор, дает Заказчику право на ознакомление с медицинской документацией, необходимое для осуществления оплаты услуг по настоящему Договору.
3.6.2. Запрашивать акты выполненных услуг, акты сверки и иные документы, относящиеся к предмету Договора.

4. Сроки и порядок оплаты платных медицинских услуг

4.1. Стоимость медицинской услуги определяется действующими на момент оказания услуги ценами утвержденного Прейскуранта Исполнителя. Стоимость Услуг согласовывается Сторонами в планах лечения или иных документах (сметах), которые с момента подписания Сторонам становятся неотъемлемой частью Договора

4.2. Заказчик производит оплату медицинских услуг по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт международных платежных систем.

4.3. Заказчик согласен и обязуется оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме не менее 50% стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.4.Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания.

4.5. При досрочном расторжении Договора аванс возвращается Заказчику в течение 10 дней с момента получения Исполнителем письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с предоставлением Услуг по настоящему Договору. Под расходами Исполнителя в настоящем Договоре Стороны понимают фактически понесенные Исполнителем затраты, связанные с предоставлением платных медицинских услуг Пациенту, в том числе (но не ограничиваясь):затраты на оплату труда работников Клиники, закупку материалов, использование оборудования, накладные расходы, а так же затраты Исполнителя на оплату услуг третьих лиц в целях оказания Услуг Пациенту (включая консультации, изготовление слепков, снимков, моделей и т.п.).

4.6. При неоплате Заказчиком стоимости оказанных медицинских услуг без письменного согласования рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Заказчик оплачивает пени в размере предусмотренном ст.395 ГК РФ. Уплата пени не освобождает Заказчика от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами путем переговоров и направлением письменных претензий. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке.

5.3. При завышенных ожиданиях Пациента, не нашедших своего отражения в медицинской документации, в случае наступления ранее озвученных врачом осложнений, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом и Заказчиком при получении информированного добровольного согласия, при выработке (предварительного) плана лечения, иных документов, Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом и Заказчиком.

5.4. Пациент подтверждает, что в момент подписания настоящего Договора ему разъяснено, что Исполнитель не несет ответственности за недостатки, обнаруженные в результатах оказанных Услуг, а Пациент лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в результатах Услуг в следующих случаях: отказа Пациента от получения Услуг, в том числе от завершения лечения и/или проведения дополнительных обследований согласно плану лечения и/или рекомендациям Исполнителя; нарушения пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения по причинам, на зависящим от Исполнителя, указанных в подписанном Пациентом информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг и/или иных Приложениях к настоящему Договору; вмешательства третьих лиц и/или Пациента в результат оказанных Услуг, истечения гарантийного срока и срока службы на овеществленные результаты оказанных Услуг, неисполнения Пациентом обязанностей по предоставлению Исполнителю полной и достоверной информации, касающейся состояния здоровья Пациента (анамнез жизни и болезни, аллергологический анамнез, сведения о заболеваниях, травмах, принимаемых препаратах и т.п.)

5.5. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом и Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств перед Пациентом и за нарушение прав последнего (п.1 ст.13 Закона «О защите прав потребителей»).

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности за осложнения, которые могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма Пациента, если услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований действующего законодательства РФ, а также с учетом разработанных Исполнителем стандартов лечения.

5.7. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств, если причиной неисполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила) в соответствии со ст. 401 ГК РФ.

5.8. 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.

5.9. 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. В случае возникновения разногласий между Исполнителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с возможным привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Обращения (жалобы) Пациент и Заказчик могут направить на почтовый адрес: 454008 г.Челябинск Комсомольский проспект 9 н/п 2 или лично путем обращения в регистратуру Исполнителя.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Заказчика, Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя. В случае достижения согласия сторон решение фиксируется письменно в амбулаторной карте

или как приложение к данному договору и подписывается Исполнителем, Пациентом и Заказчиком.
6.3. Поскольку медицинские услуги носят нематериальный характер, то в случае наличия спора об объемах оказания услуг стороны договорились считать надлежащим доказательством отраженные в медицинской карте пациента сведения, в частности дневниковые записи.
6.4. При недостижении согласия, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде.
6.5. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Пациента (Потребителя) в случае отказа Пациента от получения Услуг, в том числе в связи с несогласием Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, сроками и/или методами лечения и/или внесенными Исполнителем в план лечения изменениями.
6.6. Изменение условий настоящего Договора и расторжение Договора возможно по соглашению Сторон – путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

7. Прочие условия

7.1.Содержание, сроки и объем лечения может согласовываться сторонами устно в случае оказания единовременной услуги или письменно.
7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя, Пациенту по письменному требованию предоставляется выписка из документов, копии.
7.3. Подписывая данный договор, Заказчик и Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «**О персональных данных»** № 152-ФЗ, подтверждают свое согласие на обработку персоналом ООО «ОртоБьюти» персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать персональные данные Пациента, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Пациента. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Согласие на обработку персональных данных действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде.
7.4. Все приложения и дополнительные соглашения, достигаемые Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.
7.5. Подписывая данный Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены и согласны с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с «Положении о гарантийных сроках и сроках службы, установленных на работы и услуги».
7.6. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания сторонами договора.
7.7. В соответствии со статьей 160 ГК РФ при заключении и исполнении настоящего Договора может использоваться факсимильное воспроизведение подписи представителя Исполнителя. По требованию Пациента документ, заверенный факсимильной подписью, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным представителем Исполнителя.
7.8. Подписывая настоящий Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, что уведомлены о том, что в зданиях и помещениях Клиники ведется непрерывное видеонаблюдение, осуществляется аудио- и видеозапись, а в ходе оказания услуг может выполняться фотосъемка (с целью фиксации результатов услуг). Настоящим Пациент дает согласие на обработку и хранение биометрических персональных данных Пациента, полученных в процессе ведения видеонаблюдения (аудио-, видеозаписи и фотосъемки).
7.9. В целях уведомления об услугах и акциях Клиники Пациент и Заказчик дают согласие на получение по почте, электронной почте и сотовой связи информации, связанной с оказанием медицинских услуг, а также рекламными и иными акциями, проводимыми Клиникой. Настоящее согласие может быть отозвано путем письменного уведомления Исполнителя.

8. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем

Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантийных сроках и сроках службы, установленных на работы и услуги», утвержденном Исполнителем, а так же иных документах, утвержденных Исполнителем на информационном носителе исполнителя.

9. Срок действия 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, 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.
9.4. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО «ОртоБьюти», действующее на основании Устава и Лицензии № Л041-01024-74/00375398 от 06.09.2013г. на оказание медицинских услуг,
ИНН 7448144569,
КПП: 744801001,
р/сч: 40702810395100000255 в Уральском филиале ОАО АКБ «Росбанк» г. Екатеринбург,
к/сч: 30101810200000000903,
БИК: 046577903,
ОГРН 1127448001471.
Юридический и почтовый адрес: 454008, г. Челябинск, Комсомольский проспект, 9
тел.: 8-351-239-11-99
Электронная почта: orb74@bk.ru
Сайт: www.orthobeauty.ru

Директор _____ **Лазарева О.В.**

ЗАКАЗЧИК: Настоящий договор мною прочитан, его смысл и значение разъяснены по каждому пункту и соответствуют моим намерениям:
Ф.И.О_____
Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____
Кем выдан: _____
Код подразделения: _____
Адрес регистрации: _____

ПАЦИЕНТ: Настоящий договор мною прочитан, его смысл и значение разъяснены по каждому пункту и соответствуют моим намерениям:
Ф.И.О. _____
Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____
Кем выдан: _____
Код подразделения: _____
Адрес регистрации: _____
Фактический: _____
Телефон: _____

Подпись заказчик_____

Подпись пациент_____

Приложение к Договору № _____
от _____ г.

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, и специализированной медицинской помощи, в Обществе с ограниченной ответственностью «ОртоБьюти» (консультация, диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздравсоцразвития от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства», Уставом организации, осуществляющей медицинскую деятельности я, _____ , **добровольно обращаюсь** в ООО «ОртоБьюти» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и лечения имеющихся у меня заболеваний. **Я понимаю** цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. **Меня в доступной форме уведомили** о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, выбираю медицинскую организацию ООО «ОртоБьюти» для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи и **даю свое информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:**

1. Опрос, в том числе,выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, осмотр полости рта, языка.
3. Антропометрические исследования (измерения, касающиеся зубо-челюстной системы, прикуса).
4.Термометрия.
5.Тонометрия.
6.Рентгенологические и инструментальные исследования.
7. Выполнение оттиска зубов, контрольно-диагностических моделей, определение прикуса.
8. Выполнение фотографирования, видеосъемки, в том числе лица, полости рта.
9.Инъекции лекарственных препаратов.

Также **соглашаюсь** проводить любые иные мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в научных или рекламных целях.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения указанных манипуляций (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции, усиление подвижности зубов и др.) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам), обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, а также альтернативы (в том числе более дешевые) предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих стоматологических заболеваний. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия, а также привлекать медицинских работников, участие которых в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, которые возникли вследствие изменений моего организма или внешних причин, а также вследствие нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

При искажении фактов или сокрытии информации о состоянии своего здоровья, а также факторов, которые могут повлиять на течение и исход лечения, Исполнитель оставляет за собой право в одностороннем порядке расторгнуть договор с Заказчиком без предварительного его уведомления.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что сотрудники ООО «ОртоБьюти» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Пациент _____ Подпись_____ Дата _____

Я подтверждаю, что доступно разъяснил(а) пациентке (пациенту) суть, порядок получения медико-санитарной помощи, дал(а) ответы на все заданные вопросы. Мед. работник _____

Подпись _____ Дата _____

Приложение №1 к Приказу №11/1-22 от 28.02.2022г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___»_____ ___г. рождения,
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)

«___» _____ _____г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу:
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 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 «ОртоБьюти» медицинским работником:
врач-ортодонт Лазарева Ольга Вячеславовна
врач-ортодонт Шнайдер Андрей Давыдович
врач-ортодонт Долгих Марина Асыляновна
врач-стоматолог Даутова Анастасия Ивановна
врач-стоматолог Ахмеджанова Эльмира Ильфатовна
врач-стоматолог Колесникова Виктория Алесеевна
гигиенист стоматологический Ермина Анна Александровна
гигиенист стоматологический Дадоян Илина Рафаэлевна
ренгено-лаборант Белова Ольга Леонидовна
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. N 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. N 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 (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)