

Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 ____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №13», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице главного врача Гудец Е.Ю., действующего на основании Устава, в соответствии с лицензией на осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-006689 от 11.04.2016 года, с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1 ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства оказать ПАЦИЕНТУ следующие возмездные услуги (необходимое подчеркнуть): терапевтическое лечение зубов; хирургическое лечение заболеваний зубочелюстной системы; лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта; зубопротезирование (кроме протезирования драгметаллами); рентгенография зубов; физиотерапевтическое лечение заболеваний челюстно-лицевой области; ортодонтическое лечение; оказание медицинской помощи под общим обезболиванием.

1.2. Объём оказываемых услуг определяется состоянием здоровья ПАЦИЕНТА, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием ПАЦИЕНТА и организационно-техническими возможностями ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3. ПАЦИЕНТ оплачивает стоматологические услуги, в порядке предусмотренном п. 3 настоящего договора.

1.4. План лечения составляется лечащим врачом и согласовывается с ПАЦИЕНТОМ. Стоимость выполненных работ (оказанных услуг) указывается в Приложении №1 (таблица) к настоящему договору.

1.5. При заключении Договора ПАЦИЕНТ информирован о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Услуги оказываются ИСПОЛНИТЕЛЕМ в помещении, на оборудовании и с использованием материалов ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с планом лечения.

2. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ:

2.1. Оплата полной стоимости стоматологических услуг производится в день оказания услуги, за исключением случаев протезирования и ортодонтического лечения, оплата за которые осуществляется в соответствии с п. 2.5, 2.6. настоящего Договора.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ознакомляет ПАЦИЕНТА о первоначальной стоимости работы до её начала. Окончательная стоимость может быть изменена в большую или меньшую сторону по согласованию с пациентом ввиду специфики стоматологической помощи.

2.3. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых ПАЦИЕНТУ, определяется согласно действующему прейскуранту на платные услуги СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №13».

2.4. Оплата медицинских услуг производится посредством наличного расчёта (через контрольно-кассовые машины поликлиники с выдачей чека или документа строгой отчётности-бланка-квитанции, утверждённого Приказом Минфина РФ от 20.04.1995г. № 16-00- 30-35) или посредством безналичного расчёта банковскими картами через терминал.

2.5. При проведении ортопедического лечения, ПАЦИЕНТ оплачивает в кассу аванс в размере 30-50% от стоимости протезирования сразу после согласования плана протезирования. Оставшуюся сумму ПАЦИЕНТ вносит в день приёма работы от ИСПОЛНИТЕЛЯ (до окончательной фиксации работы в полости рта ПАЦИЕНТА).

2.6. Порядок оплаты при проведении ортодонтического лечения: несъёмная ортодонтическая техника (брекет-система): первоначально в день постановки брекет-системы пациентом вносится 30-50% от стоимости системы; оставшуюся сумму пациент вносит в течение 6 месяцев с момента постановки системы (единовременно или частями). Снятие брекет-системы, фиксация лингвальных ретейнеров оплачивается пациентами отдельно (одномоментно, в день проведения манипуляции). Съёмная ортодонтическая техника (трейнеры, I-3, LM-активаторы, occlusal-o-guide, одно - и двучелюстные аппараты) оплачиваются 50% в день заказа, 50% в день сдачи аппарата.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

3.1.1. Информировать ПАЦИЕНТА о порядке оказания медицинской помощи, о перечне платных услуг с указанием их стоимости по действующему прейскуранту, условиях их получения, сведения о квалификации специалистов, оказывающих услуги.

3.1.2. Осуществлять исполнение всех диагностических и лечебно-профилактических манипуляций в соответствии с требованиями законодательства, учитывая состояние здоровья ПАЦИЕНТА на момент оказания медицинских услуг.

3.1.3. Предоставить ПАЦИЕНТУ необходимую информацию о применяемых методиках, используемых медикаментах и материалах.

3.1.4. Предоставлять ПАЦИЕНТУ медицинские услуги надлежащего качества; отражать в медицинской карте стоматологического больного ПАЦИЕНТА (форма №043/у) результаты осмотра, обследования, лечения, предупредить ПАЦИЕНТА о возможных осложнениях, дать все необходимые рекомендации; поставить ПАЦИЕНТА в известность о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к изменению объёма оказания услуги.

3.1.5. Предупредить ПАЦИЕНТА о противопоказаниях к проведению лечебно-диагностических манипуляций, о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения в связи с анатомо-физиологическими особенностями организма ПАЦИЕНТА и состоянием его здоровья. Получить согласие от ПАЦИЕНТА на все проводимые лечебно-диагностические манипуляции, путём подписания Информированного добровольного согласия (документ – Согласие) или Отказа от медицинского вмешательства (документ – Отказ), которые являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.

3.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с ПАЦИЕНТОМ, а также соблюдать режим конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий Договора.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

3.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм и проведением других лечебно-диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтёт нужным для лечения ПАЦИЕНТА.

3.2.2. Отменить или перенести на другое время лечебное мероприятие, в том числе и в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

3.2.3. При изменении клинической ситуации - изменить план и (или) сроки лечения (с согласия ПАЦИЕНТА); а в случае отказа ПАЦИЕНТА от предложенных изменений - прекратить лечение, расторгнув договор.

3.2.4. Отказать в приёме ПАЦИЕНТУ в случае пребывания его в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения, а также в случае совершения ПАЦИЕНТОМ действий, нарушающих санитарно-эпидемиологический режим, угрожающих жизни и здоровью персонала или имуществу ИСПОЛНИТЕЛЯ; отказать в предоставлении услуги в случае, если требования ПАЦИЕНТА, возникшие в процессе оказания услуги, не совместимы возможностями ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.2.5. Отказать в приёме и переназначить на другой день ПАЦИЕНТА при опоздании на приём более, чем на 15 минут.

3.2.6. Переназначить на другой день ПАЦИЕНТА в случае возникновения подлежавшего прогнозу нарушения графика приёма, возникшего вследствие оказания помощи другим ПАЦИЕНТАМ; при отсутствии лечащего врача в поликлинике по уважительной причине.

3.2.7. Требовать от ПАЦИЕНТА предоставления достоверных сведений о состоянии его здоровья, выполнения назначений лечащего врача, а также выполнения условий договора.

3.2.8. Изменять Прейскурант на платные медицинские стоматологические услуги.

3.2.9. Отказать ПАЦИЕНТУ в предоставлении возмездных услуг в случае его отказа засвидетельствовать своё согласие с условиями данного договора, а так же в случае наличия медицинских противопоказаний, выявленных у ПАЦИЕНТА в процессе лечения, с обязательным условием отсутствия вреда для пациента.

3.3. ПАЦИЕНТ обязуется:

3.3.1. Предоставить всю известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья (перенесённые заболевания, аллергические реакции, наличие хронических заболеваний и проч.), необходимые для оказания медицинской услуги.

3.3.2. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

3.3.3. Немедленно известить врача о любых изменениях своего состояния, возникших в процессе лечения.

3.3.4. Удостоверить личной подписью факт ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, информированным согласием на медицинское вмешательство и стоимостью работы.

3.3.5. Своевременно и полностью оплатить стоимость выполненных работ (оказанных услуг) в соответствии с действующим прейскурантом с обязательным подписанием акта приемки-передачи выполненных работ (оказанных услуг).

3.4. ПАЦИЕНТ имеет право:

3.4.1. Получать информацию о наличии Лицензии на право осуществления медицинской деятельности, а также о квалификации соответствующих специалистов ИСПОЛНИТЕЛЯ; осуществлять выбор характера и объёмов услуг, препаратов, материалов из предложенных ему ИСПОЛНИТЕЛЕМ вариантов стоматологической помощи.

3.4.2. Получать в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья: сведения о результатах обследования, наличии и прогнозе заболевания, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, возможных рисках и осложнениях, последствиях отказа от лечения.

3.4.3. Получать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предоставление медицинских услуг надлежащего качества в соответствии с условиями договора.

3.4.4. Отказаться от дальнейших услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ, при условии полной оплаты фактически оказанных услуг.

3.4.5. Выбрать врача, день и время явки на приём в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несёт ответственность за качество услуг лечебно-диагностического процесса, выполняемых в соответствии с планом лечения, за соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, лечебных технологий, профессиональной этики.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности перед ПАЦИЕНТОМ за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма ПАЦИЕНТА, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить; возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии; предоставления ПАЦИЕНТОМ недостоверной информации о состоянии своего здоровья; невыполнения ПАЦИЕНТОМ рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЯ; развития осложнения по причине неявки ПАЦИЕНТА в назначенный врачом срок; переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении; ремонта и исправления работы самим ПАЦИЕНТОМ; истечения срока гарантии по услуге.

4.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие влияния непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ снимает с себя ответственность в случае нарушения ПАЦИЕНТОМ условий параграфа 3.3. настоящего договора.

5. ГАРАНТИИ:

5.1. Стоматология терапевтическая (на реставрационные пломбировочные материалы) — 1 год.

5.2. Стоматология ортопедическая — 1 год.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не предоставляет гарантии на работы по следующим разделам стоматологии: хирургические стоматологические операции; дентальная имплантация; эндодонтия (лечение каналов зубов); пародонтология (лечение мягких тканей вокруг зуба); ортодонтия (исправление прикуса и неправильного положения зубов); ремонт и реставрация изготовленных ранее протезов, а также цементировка изготовленных ранее коронок.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ:

6.1. Претензии и споры, возникшие в ходе исполнения настоящего Договора, должны разрешаться сторонами путём переговоров или путём направления письменной претензии, которая должна быть рассмотрена в течение одного месяца.

6.2. При невозможности достижения согласия Сторонами, возникший спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения ими принятых на себя обязательств. Действие договора ежегодно пролонгируется до момента его расторжения одной из сторон. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим причинам, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

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

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №13»

192029, г. Санкт-Петербург

пр. Обуховской обороны, д. 123, литер А, часть здания 6Н – 11Н

Тел/факс: (812) 412-54-56

ИНН 7811007240; КПП 781101001

ОГРН 1027806074394

Главный врач _____ ГУДЕЦ Е.Ю.

ПАЦИЕНТ:

Ф. И. О. _____

Адрес: _____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан (кем, когда) _____

Подпись пациента _____