

Я, _____ даю свое согласие ООО «Новодент» на обработку персональных данных, содержащихся в документах, представленных для оказания платных медицинских услуг. Предоставляю право совершать все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение с использованием и без использования средств автоматизации. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю свое право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Новодент» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Новодент».

Пациент: _____

Заполняется Исполнителем для внутреннего пользования

№ п/п	№ позиции прейскуранта	Количество	Цена	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Итого:				

Врач

Регистратор

ДОГОВОР
на оказание платных стоматологических услуг (ортопедическое лечение)
ООО «Новодент»

(ОГРН 1177154003366, свидетельство выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Тульской области, ИНН 7116153810/КПП 711601001)

301659, г.Новомосковск, ул.Кукунина, д.9-б, корпус 1, стр.2, п.18-19

Тел.: 3-02-20

г.Новомосковск

«____» _____ **201** г.

ООО «Новодент» (Лицензия №ЛО-71-01-001762 от 08.06.2017 г. выдана Министерством здравоохранения Тульской области, бланк серии 71 №001709 (300045, г.Тула, ул.Оборонная, 114-А, тел.: 8(4872) 37-75-07) в части заявленных работ (услуг):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице лечащего врача _____ с одной стороны и _____

проживающего(ей) _____ по _____ адресу _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения и разрешенные на территории РФ.

1.2. Пациент обязуется своевременно оплачивать медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом цен, установленным Исполнителем и выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых услуг.

1.3. Стоматологические услуги оказываются в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, и фиксируются в карте Пациента.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские услуги.

2.1.2. Осуществлять осмотр Пациента для установления диагноза и плана лечения, отразив результаты обследования, план лечения и сроки его выполнения в карте Пациента, которая хранится у Исполнителя.

2.1.3. Информировать Пациента о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих медицинских процедур, а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Пациентом указаний и рекомендаций специалистов (врачей) Исполнителя.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с пациентом, а также хранить врачебную тайну.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляции, необходимые для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать в Пациента сведения и документы (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.3. Требовать оплату за оказанные услуги.

2.2.4. Отказать в приеме Пациенту в случаях: нахождения Пациента в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения; если Пациент настаивает на проведении лечения, а Исполнитель аргументированное считает лечение нецелесообразным; систематические неявки Пациента на прием без предварительного уведомления.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья.

2.3.2. Выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Исполнителя.

2.3.3. Своевременно оплачивать стоимость услуг Исполнителя.

2.3.4. В случае отказа от назначений и рекомендаций Исполнителя, давать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.5. Являться на лечение в установленное время, согласованное врачом.

2.3.6. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости, результатах предоставленных стоматологических услуг.

2.4.2. В доступной форме получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения. По письменному заявлению Пациента ему в десятидневный срок могут быть предоставлены копии медицинских документов.

2.4.3. Расторгнуть данный Договор, уведомив исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесенные Исполнителем расходы.

3. Стоимость и порядок оплаты услуг.

3.1. Цена услуг по настоящему договору состоит из суммы цен, указанных в прейскуранте, за каждую консультативную, диагностическую, лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает факт ознакомления с прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг, предоставляемых по данному договору, производится Пациентом в порядке предварительной оплаты, составляющей не менее 50% от общей суммы договора. Окончательная оплата осуществляется не позднее даты завершения лечения.

3.3. Общая сумма договора составляет _____ рублей.

4. Гарантийные обязательства

4.1. Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в течении 1 (одного) года, объяснив Пациенту условия, при которых гарантийные обязательства сохраняются.

4.2. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период действия гарантийного срока заболевания внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае, если Пациент не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного выполнения стоматологических услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственность за наступление возможных осложнений.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Пациентом режима, установленного врачом, травм, полученных Пациентом при оказании Пациенту медицинских услуг другими клиниками.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Пациента от предоставляемых услуг, в том числе и в части, если данные осложнения явились последствием данного отказа.

6. Срок действия договора и заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.

6.2. Все претензии и споры, возникшие по данному договору разрешаются сторонами путем переговоров.

6.3. Если спор не будет разрешен путем переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель: _____ **Пациент:** _____

ООО «Новодент»
Информированное добровольное согласие Пациента на ортопедическое лечение На основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан»

Мне, (Ф.И.О.) _____ 19__ г.р.,
Врачом (Ф.И.О.) _____
Предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.
Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.
Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это: депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекции прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и т.д.) и пародонтических вмешательств. Я понимаю, что во время распломбировки канала под культевую вкладку возможна перфорация корневого канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба. Я согласен (на) с предложенным мне врачом планом лечения. Мне объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам с соблюдением сроков протезирования.
Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и тематических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление жевательного органа. Я проинформирован (а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемения языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, травмы слизистой оболочки и мягких тканей полости рта. При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов, появиться боли при движении нижней челюсти. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.
Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза за счет пациента. Я понимаю, что протез – это инородное тело, к которому нужно привыкать длительное время, что после изготовления он может причинять неудобство и дискомфорт. Я знаю, что за протезами должен быть особый гигиенический уход. Я знаю, что срок службы протеза определяется не только качеством, но и условиями для протезирования моей полости рта. Я осведомлен (а) об ожидаемых расходах на планируемое лечение и возникших в процессе данного мероприятия издержках. На все мои вопросы я получил (а) исчерпывающие ответы врача. Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.

Исполнитель: _____ **Пациент:** _____