

и возможные осложнения, информировать об этом ЗАКАЗЧИКА и получить его Информированное добровольное согласие, вместе с ЗАКАЗЧИКОМ составить Предварительный план лечения, после чего провести комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Предварительным планом лечения. Заполнить амбулаторную карту истории болезни; при изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать ЗАКАЗЧИКА и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе потребителя при несогласии ЗАКАЗЧИКА с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья ЗАКАЗЧИКА;

В случаях непредвиденного отсутствия лечащего врача согласовать с ЗАКАЗЧИКОМ кандидатуру заменяющего врача или перенести прием на другое время по согласованию с ЗАКАЗЧИКОМ;

- ознакомить ЗАКАЗЧИКА с установленными у ИСПОЛНИТЕЛЯ расценками;
- ознакомить ЗАКАЗЧИКА с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг, а также сроками выполнения работ в ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ» и предоставить на проведенное лечение гарантию, срок которой устанавливается индивидуально и зависит от состояния зубочелюстной системы (индекса КПУ) ЗАКАЗЧИКА, соблюдения правил личной гигиены и общего состояния организма ЗАКАЗЧИКА;
- применять современные методы диагностики и лечения, разрешенные на территории Российской Федерации;
- до начала лечения лечащим врачом «ИСПОЛНИТЕЛЯ» ЗАКАЗЧИКУ предлагается предварительный план лечебных мероприятий, не являющийся окончательным.
- предоставить ЗАКАЗЧИКУ на подпись акт о выполненных работах по факту оказания медицинской услуг.

2.2 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право:

- изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг;
 - направлять ЗАКАЗЧИКА с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату;
 - установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги в соответствии с Приложениями к настоящему Договору и Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания медицинских услуг в ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ»;
 - предоставить на проведенное ЗАКАЗЧИКУ лечение гарантию, срок которой установить индивидуально в зависимости от состояния зубочелюстной системы ЗАКАЗЧИКА, соблюдения правил личной гигиены и общего состояния организма ЗАКАЗЧИКА;
 - расторгнуть данный Договор по инициативе ЗАКАЗЧИКА и при несогласии с предложенным «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» планом лечения, его стоимостью, внесенными «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую ЗАКАЗЧИКУ медицинскую услугу;
 - в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе направить ЗАКАЗЧИКА с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг;
- отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у ЗАКАЗЧИКА медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

-лечение (хирургическое, ортопедическое, ортодонтическое, пародонтологическое, профилактическое) будет осуществляться специалистами «ИСПОЛНИТЕЛЯ», определяемыми «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» по согласованию с ЗАКАЗЧИКОМ.

2.3 ЗАКАЗЧИК обязуется:

- выполнять требования, обеспечивающие максимально успешное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке ЗАКАЗЧИКА рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья;
- соблюдать график визитов и диагностики, лечения и плановых осмотров;
- подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, подписать акт выполненных работ по факту оказания медицинской услуги и иные Приложения к настоящему Договору;
- во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологические услуги в других клиниках без предварительного уведомления ИСПОЛНИТЕЛЯ (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях);

Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголь содержащих напитков;

- посещать клинику «ИСПОЛНИТЕЛЯ» 1 раз в 6 месяцев для бесплатного планового профилактического осмотра.
- в случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения ЗАКАЗЧИКА, с проведенными ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору «ИСПОЛНИТЕЛЯ» и в случае необходимости, прибыть на консультацию или лечение к «ИСПОЛНИТЕЛЮ»;

- производить оплату терапевтического, пародонтологического и хирургического лечения в соответствии с принятой в клинике системой расценок по окончании каждого приема. В случае необходимости индивидуальный график оплаты лечения согласовывается с лечащим врачом и «ИСПОЛНИТЕЛЕМ»;

- при отказе от продолжения лечения у «ИСПОЛНИТЕЛЯ», ЗАКАЗЧИК обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» затраты по Договору;

2.4 Подписанием данного договора ЗАКАЗЧИК выражает согласие на то, что для проведения отдельных видов специализированных диагностических исследований «ИСПОЛНИТЕЛЬ» оставляет за собой право направить ЗАКАЗЧИКА в иное специализированное медицинское учреждение, при этом оплату за соответствующие виды медицинской помощи ЗАКАЗЧИК осуществляет самостоятельно и за свой счет по расценкам соответствующего медицинского учреждения;

2.5 Подписанием данного договора ЗАКАЗЧИК выражает согласие на то, что в случае изменения плана лечения и появления необходимости в любых дополнительных манипуляциях, оплату за соответствующие виды медицинской помощи и дополнительные манипуляции ЗАКАЗЧИК осуществляет в пользу «ИСПОЛНИТЕЛЯ» самостоятельно и за свой счет по текущим расценкам «ИСПОЛНИТЕЛЯ»;

3. Оплата и срок действия договора.

3.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует весь период обязательного хранения информации (5 лет) с автоматической пролонгацией от момента последней записи в медицинской карте или прекращает свое действие после его расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

3.2 Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья ЗАКАЗЧИКА, периода, необходимого для успешного и безопасного оказания медицинских услуг, графика визитов ЗАКАЗЧИКА, расписания врача и указывается в приложениях к Договору - Предварительном плане лечения.

3.3 Подписывая Договор, ЗАКАЗЧИК подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты.

3.4 Стоимость лечения определяется после консультации врача, исходя из согласованного с ЗАКАЗЧИКОМ плана лечения и в соответствии с прайс-листом, действующим на момент оказания услуги и составленного плана лечения.

3.5 Сроки оказания мед. услуг определяют исходя из конкретной клинической ситуации пациента. Сроки согласуются с ЗАКАЗЧИКОМ в медицинской документации, которая представляет собой неотъемлемую часть договора.

3.6 В случае отказа ЗАКАЗЧИКА от лечения по причинам, не связанным: с нарушением «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» обязательств по данному Договору, с действиями непреодолимой силы после начала лечения, то «ИСПОЛНИТЕЛЬ» возвращает оплаченную сумму за вычетом стоимости проведенных лечебных работ и удержания затрат в размере суммы, обоснованной и подтвержденной расходами «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

3.7 Если ЗАКАЗЧИК, несмотря на своевременное и обоснованное информирование «ИСПОЛНИТЕЛЕМ», в разумный срок не изменит указаний о способе и сроках выполнения работы (оказания платной медицинской услуги) либо не устранил иных обстоятельства, которые могут повлиять на успешность выполняемой работы в худшую сторону (оказываемой платной медицинской услуги), «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения фактически понесенных убытков в размере суммы, обоснованной и подтвержденной расходами «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

3.8 ЗАКАЗЧИК по своему желанию может осуществить предоплату после определения общего плана лечения. При ортопедическом, ортодонтическом и имплантологическом лечении предоплата обязательна. При терапевтическом пародонтологическом и хирургическом лечении оплата производится по факту оказанных платных медицинских услуг. Окончательный расчет и оплата по общим планам лечения производится по окончании оказанных платных медицинских услуг после принятия результата работы ЗАКАЗЧИКОМ, о чем составляется акт приемки сдачи работ.

3.9 В случае изменения стоимости, оказываемых «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» платных медицинских услуг по прайсу в процессе лечения делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости платных медицинских услуг по плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения платные медицинские услуги.

3.10 При досрочном расторжении Договора «ИСПОЛНИТЕЛЬ» возвращает аванс ЗАКАЗЧИКУ в течение 10 рабочих дней с момента расторжения Договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» затрат в размере суммы, обоснованной и подтвержденной расходами «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

3.11 Оплата услуг производится всеми способами, не запрещенными законодательством РФ. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан выдать на руки ЗАКАЗЧИКУ чек контрольно-кассовой техники.

3.12 Неявка ЗАКАЗЧИКА в назначенный день и время без предупреждения, если данный факт может привести к неблагоприятному исходу, связанному со здоровьем ЗАКАЗЧИКА, и ЗАКАЗЧИК был об этом предупрежден, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» может расценивать, как одностороннее расторжение Договора со стороны ЗАКАЗЧИКА И ВПРАВЕ ДЕЙСТВОВАТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ.

3.13 По факту выполнения работ (оказания услуг) оформляется акт о выполненных работах по факту оказания медицинской услуги, который подписывается Сторонами и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4. Форс-мажорные обстоятельства.

При выполнении условий настоящего Договора ЗАКАЗЧИК и «ИСПОЛНИТЕЛЬ» считают себя обязанными учитывать форс-мажорные обстоятельства, такие как ухудшение здоровья Потребителя, лечащего врача или зубного техника, отключение электроэнергии, отопления, водоснабжения, пожар, болезни, травмы, военные действия, наводнение,

торнадо, землетрясение, действие или бездействие органов власти и т.д. При наступлении форс-мажорных обстоятельств, стороны в обязательном порядке информируют друг друга об этом, а обязательства сторон соразмерно отодвигаются на время действия непредвиденных обстоятельств.

5. Ответственность сторон.

5.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» ответственности не несет:

- В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых (клинически возможных) осложнений;
- При неблагоприятных результатах лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с ЗАКАЗЧИКОМ во время подписания Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;
- При предъявлении претензий ЗАКАЗЧИКОМ по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого ЗАКАЗЧИКА или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию, или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию гарантийные обязательства аннулируются;

5.3 Невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление ЗАКАЗЧИКА в клинике «ИСПОЛНИТЕЛЯ» в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушение ЗАКАЗЧИКОМ обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА

и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» платным медицинским услугам, если данные действия ЗАКАЗЧИКА могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и успешной медицинской помощи и снизить уровень ранее оказанных услуг.

5.4 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» несет ответственность перед ЗАКАЗЧИКОМ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, допущенными на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни ЗАКАЗЧИКА, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не несет ответственность за вред, причиненный здоровью ЗАКАЗЧИКА, возникший в результате:

- Неявки или несвоевременной явки на прием или контрольный осмотр ЗАКАЗЧИКА.
- Досрочного расторжения договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА.
- Прекращения лечения ЗАКАЗЧИКОМ при условии невыполнения плана лечения и протезирования, отказа ЗАКАЗЧИКА от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом.
- Не сообщения или сообщения недостоверных сведений о состоянии здоровья ЗАКАЗЧИКА при заполнении амбулаторной карты.

5.6 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» несет ответственность перед ЗАКАЗЧИКОМ и гарантирует сохранение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7 ЗАКАЗЧИК несет ответственность за неоплату услуг в соответствии с законом РФ.

5.8 ЗАКАЗЧИК несет ответственность за: несоблюдение условий договора, рекомендаций врачей, некорректное поведение в клинике (см. правила поведения), действия или бездействие, последствия которых влияет на результаты лечения.

5.9 ЗАКАЗЧИК несет ответственность за: достоверность сведений, сообщаемых «ИСПОЛНИТЕЛЮ», так как запрашиваемые сведения напрямую влияют на безопасность других пациентов и медперсонала, на правильность диагностики и исход лечения, а также на соблюдение финансовых обязательств сторонами.

6. Порядок разрешения споров.

6.1 Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результата оказания стоматологических услуг, в случае возникновения разногласий по оценке результатов оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании ЗАКАЗЧИКА и Врачебной Комиссии «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2 Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен, ЗАКАЗЧИК оформляет свою претензию на специальном фирменном претензионном бланке, где подробно описывает свою проблему.

6.3 При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

6.4 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не принимает претензии по качеству оказываемых услуг, предъявленных на основе письменных заключений, выданных любыми лечебными учреждениями, кроме комиссии Стоматологической Ассоциации и экспертных организаций, имеющих соответствующие разрешительные документы (экспертную лицензию), профильных (по специальностям, рассматриваемым непосредственно в каждом отдельном случае) сертифицированных экспертов, имеющих лицензии на право проведения медицинской экспертизы.

7. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» на о вещественные результаты услуг:

7.1 Гарантия на выполненные работы устанавливается «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» в соответствии с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ».

7.2 Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные протезы, имплантаты и т.д. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не о вещественные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

7.3 Гарантийные обязательства на все о вещественные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

НЕСЪЁМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ:		
ВКЛАДКИ И КОРОНКИ:		
Виниры	12 месяцев	12 месяцев
Вкладки керамические	12 месяцев	18 месяцев
Бюгельные коронки	12 месяцев	24 месяца
Вкладки литые, Литые коронки	12 месяцев	24 месяца
Металлокерамические на зубы с цементной фиксацией	12 месяцев	24 месяца
Металлокерамические на имплантат с винтовой	12 месяцев	24 месяца
Металлокерамические на имплантат с цементной	12 месяцев	24 месяца
<p>Металлокерамические конструкции(протезы) не выдерживают ударных и точечных нагрузок, ими недопустимо: раскусывание сухарей и сухек; разгрызание скорлупы семечек, орехов и костей; открывание пробок; перекусывание лески, проволоки, ниток, проводов; открывание пакетов, упаковок лекарств, пузырьков; разгрызание твёрдых сортов колбас и рыбы; корок хлебобулочных изделий.</p>		
СЪЁМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ:		
Бюгельные протезы	12 месяцев	24 месяца
Гибкий нейлоновый протез	Без гарантии (не даётся)	6 месяцев
Съемный пластиночный протез:		
Полный	Без гарантии (не даётся)	6 месяцев
Частичный	Без гарантии (не даётся)	6 месяцев
Временный замещающий протез (иммедиат протез)	Без гарантии (не даётся)	2 месяца
ТЕРАПИЯ		
Пломбы из композитного светоотверждаемого материала:		
Кариес на жевательной поверхности зубов	12 месяцев	24 месяцев
Кариес на контактной поверхности резцов и клыков	12 месяцев	12 месяцев
Кариес на контактной поверхности резцов с нарушением угла коронки, кариес в придесневой области	12 месяцев	12 месяцев
<p>На эндодонтическое и имплантологическое лечение гарантия не распространяется в связи с невозможностью точного прогноза исхода лечения</p>		
Шинирование зубов	6 месяцев	12 месяцев

7.4 Срок гарантии может устанавливается индивидуально и зависит от состояния зубочелюстной системы ЗАКАЗЧИКА, индекса КПУ, где (К означает количество кариозных зубов, П — количество пломбированных зубов, У — количество удаленных или подлежащих удалению зубов), соблюдения правил личной гигиены и общего состояния здоровья организма ЗАКАЗЧИКА.

7.5 Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы о вещественных результатов услуг «ИСПОЛНИТЕЛЯ» содержится в «Положении об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ» на интернет-сайте <http://vugistomat.com/> и на информационном стенде «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

8. Прочие условия.

8.1 Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к Договору.

8.2 Оригиналы медицинских документов «ИСПОЛНИТЕЛЯ» ЗАКАЗЧИКУ, законному представителю ЗАКАЗЧИКА не выдаются. По письменному требованию ЗАКАЗЧИКА предоставляется выписка из медицинской документации.

8.3 Подписывая настоящий Договор, ЗАКАЗЧИК, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ» своих персональных данных.

8.4 Персональные данные включают: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, 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 о времени и дате назначенного приема, об услугах и акциях по электронной почте, сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

8.5 Подписывая настоящий Договор, ЗАКАЗЧИК наделяет «ИСПОЛНИТЕЛЯ» правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных ЗАКАЗЧИКУ медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

8.6 Подтверждает, что полностью понимает значение словосочетания «персональные данные» и осознает, что это обязательное требование согласно статье 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и без подписанного согласия медицинские услуги оказаны не будут!

8.7 Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (пять лет).

8.8 Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано в письменном виде - заказным письмом. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, ЗАКАЗЧИК предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки, персональных данных ЗАКАЗЧИКА. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, указанных в законодательстве РФ.

8.7 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» несет ответственность перед ЗАКАЗЧИКОМ платной медицинской услуги и гарантирует сохранение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.8 Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.9 Подписывая данный Договор, ЗАКАЗЧИК или законный представитель ЗАКАЗЧИКА подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью, «ПОЛОЖЕНИЕМ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ГАРАНТИЙНЫХ СРОКОВ И СРОКОВ СЛУЖБЫ НА РЕЗУЛЬТАТ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ».

9. Срок действия Договора.

9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течении 5 лет от момента последней записи в медицинской карте (соответствует сроку хранения первичных медицинских документов), регулируемый сроками работ (указываемых в планах лечения индивидуально) и положением о гарантийных обязательствах и может быть продлен по обоюдному согласию на любой срок.

Подписывая данный договор, ЗАКАЗЧИК подтверждает, что ознакомился с гарантийными обязательствами и положением о сроках работ.

9.2. Договор составлен в 2-х экземплярах (или 3-х экземплярах если одна из сторон является законным представителем ЗАКАЗЧИКА соответственно) имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. Реквизиты Сторон.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

ЗАКАЗЧИК

ООО «ГАЛАКТИКА» «СТОМАТОЛОГИЯ ВУГИ»

Ю/А: РФ 140060, Московская область, Люберецкий р-н, пос. Октябрьский ул. Первомайская д. 16, кв. 81А

Ф/А: РФ 140004 Московская область г. Люберцы пос. Вуги дом 25 т.495 5588877

ИНН/КПП 5027161780/502701001; ОГРН 1105027005930

р/с 40702810106000001480 в АО КБ «Агропромкредит» г. Москва

БИК 044525710; к/с 30101810545250000710

Генеральный директор ООО «ГАЛАКТИКА»

Е.Б. Андрианов

/

Подпись

Подпись

Заказчик ФИО

Информированное добровольное согласие

На выполнение диагностических исследований, лечебных мероприятий, анестезиологического пособия и операций

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст.20 ФЗ Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ.

«_____» _____ 201__ г.

г.Люберцы

Мне разъяснен план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, которые возможные к применению в данных обстоятельствах. Мне доведен перечень необходимых исследований и лечебных манипуляций, даны подробные разъяснения о лекарственных средствах, методах и медицинском инструментарии применяемых в ходе лечения. Способы, цели и характер врачебных манипуляций при проведении стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического). Альтернативные пути лечения также мною обдуманы.

Мне ясна важность передачи медицинскому персоналу достоверной информации о состоянии моего здоровья, о фактах непереносимости лекарственных веществ. Я осознаю важность правильного выполнения всех полученных от врача и медперсонала указаний и рекомендаций: соблюдение гигиены полости рта; своевременного проведения консервативного лечения; выполнения визитов (в т.ч. и профилактических) в указанные даты и время; прием лекарственных препаратов, назначенных стоматологом; избавление от пагубных привычек; выполнение жевательного режима.

Я понимаю, что мое состояние может измениться вовремя или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на: возможное изменение плана лечебных мероприятий и применение альтернативных (разрешенных) методов лечения; любые изменения тактики и плана лечения, дизайна, материалов, если они будут проводиться для моего блага.

Я информирован(а) о характере предстоящего вмешательства, продолжительности и возможном развитии неприятных ощущений во время лечения: чувство онемения, боли и неудобства; припухлость лица; чувствительность к холоду и теплу; синяки (гематомы) на лице, под глазами, на шее; долго не проходящее онемение губ, щек, шеи, подбородка; снижение работоспособности, трудности в четком произношении звуков, слов и осложнений, а также мне понятно, что стоматология не является точной наукой, поэтому гарантировать сто процентный положительный результат от проведенного лечения (включая реставрацию коронки, имплантацию, лечение зубных каналов, исправление прикуса и т.д.) Клинике не представляется возможным. Этот фактор определяется, главным образом, биологическими особенностями каждого человека и имеющимися у него основными и сопутствующими заболеваниями, невозможно точно предсказать способность десен, челюстных костей к заживлению каждого пациента.

Мне объяснено и понятно, что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные медицинские услуги, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультаций и лечения в другие медицинские учреждения. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в т.ч. и этапов, зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться. Мне это понятно, и я с этим согласен.

Я проинформирован, что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения предварительной сметы на лечение. Соответственно может увеличиться стоимость (цена) всего курса лечения. Я согласен полностью оплатить все эти дополнительные расходы.

Я понимаю, что если в курсе лечения возникает непредвиденная ситуация, исключающая возможность согласования со мной врачебных манипуляций и иных действий, врач вправе действовать самостоятельно, исходя из интересов сохранения здоровья и причинения наименьшего вреда.

Я проинформирован(а) об альтернативных планируемому виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предполагаемого лечения и действием лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мной тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики его лечения.

Мне было разъяснено, что к существенным недостаткам оказанных услуг, работ не относятся оказанные услуги, работы имеющие конструктивные особенности изделия, такие как поставленная на стоматологическую клейкую основу брекет система, раскручивание фиксирующего винта имплантата, расцементировка временных конструкций, неоднократная коррекция съемных протезов, неоднократная примерка ортопедических конструкций и другие.

Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что имеется риск применения анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.

Мне понятно, что успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени общих заболеваний организма.

Я проинформирован(а), что в клинике для улучшения качества обслуживания ведётся видео и аудио запись.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Пациент (ФИО) _____ Подпись _____

к Договору на оказание стоматологических услуг №
Согласие на обработку персональных данных

Я фамилия	Я имя	Я отчество

проживающий(ая) по адресу:

дата рождения:		
-----------------------	--	--

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **ООО "ГАЛАКТИКА"** (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).
 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /