

Настоящим я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. Потребителя (Заказчика))

подтверждаю, что (1) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья; (2) ознакомился с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами; (3) ознакомился с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами поведения пациентов и посетителей, размещенных на информационных стендах Исполнителя; (4) предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

Я также информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи - соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я информирован(а) о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      (дата)

**договор № \_\_\_\_\_**  
**на оказания платных медицинских услуг**

город Киров \_\_\_\_\_

**ООО "АНИС-Е"** (ИНН – 4346052031, ОГРН -1024301342526, расположенное по адресу: 610017, город Киров, проспект Октябрьский, д.70 помещение №1005, интернет-сайт: <https://as-dent.ru>), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01160-43/00323566 от 29 июня 2021 (действует бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Кировской области (610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта. 69, тел. 27-27-25), с одной стороны, и \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, место рождения: \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, место регистрации: \_\_\_\_\_ и проживания: \_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о следующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) за плату медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной Лицензией и номенклатурой медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется принять и оплатить оказанные медицинские услуги по прейскуранту цен на медицинские услуги Исполнителя. Полный перечень медицинских услуг, оказываемых исполнителем в соответствии с лицензией (Приложение № 1).

1.2. Прейскурант размещен на информационных стендах (стойках) Исполнителя (по месту нахождения Исполнителя) в месте, доступном Потребителю (Заказчику) для ознакомления с ним, а также на официальном интернет-сайте Исполнителя <https://as-dent.ru>. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Заказчика определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана (сметы) лечения (Приложение №2 к настоящему договору), утвержденного врачом и согласованного с Заказчиком в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

1.3. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют от одного часа до 30 рабочих дней. Исполнитель обязуется завершать их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения (Приложение № 2), что является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4. Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами Плану лечения и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья Заказчика в момент оказания услуги.

1.5. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

1.6. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи доводятся до сведения пациента в рамках Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан».

1.8. Платные медицинские могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).

## **2. Обязанности исполнителя**

2.1. Оказывать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные Планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованным Сторонами, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. С письменного согласия Заказчика проводить клинические обследования и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

2.3. Предоставлять Заказчику информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также используемых медицинских препаратах и изделиях.

2.4. Оказывать медицинские услуги Заказчику лично, либо с привлечением третьих лиц (зуботехническая лаборатория). В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Заказчика, предложить другого врача для проведения лечения.

2.5. Соблюдать врачебную тайну и обеспечить конфиденциальность персональных данных Потребителя (Заказчика), используемых при оказании платных медицинских услуг.

2.6. Предоставить Потребителю (Заказчику) информацию о платных медицинских услугах, содержащей сведения:

- Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- о порядках оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы;

- о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинских услуг, иной информацией и сведениями в соответствии с требованиями российского законодательства, о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для оказания качественных медицинских услуг.

2.7. Предоставлять по требованию Потребителя (Заказчика) необходимую медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, а также иную информацию, предусмотренную Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736.

2.8. Предупредить Потребителя (Заказчика), в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя (Заказчика).

2.9. Предоставить к ознакомлению Потребителя (Заказчика) на сайте и стенде медицинской организации стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

## **3. Права исполнителя**

3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик ознакомлен до подписания договора.

3.2. Вправе получать полную и достоверную информацию о перенесенных и (или) сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях и других состояниях, оказывающих влияние на пациента.

3.3. Отказаться от исполнения услуг Заказчику, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения; при наличии противопоказаний к лечению, в том числе, в амбулаторных условиях; при несоблюдении Заказчиком медицинских рекомендаций и требований Исполнителя в связи с подготовкой и проведением лечения, а также в связи с последующим наблюдением и по иным причинам, предусмотренным действующим законодательством.

3.4. Направлять Заказчика с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания согласованных письменно с Заказчиком дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.5. Установить гарантийные обязательства и сроки службы о вещественного результата услуг индивидуально, указывая их в плане лечения, акте выполненных услуг и иных документах Исполнителя.

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

3.7. Перенести прием на другое время по согласованию с Заказчиком в случае:

- болезни или командировки врача;

- обнаружения у Заказчика медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг (в день приема);

- в случае опоздания Заказчика на прием к назначенному времени более чем на 15 минут.

3.8. Не оказывать услуги Заказчику, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения той или иной манипуляции.

3.9. Исполнитель имеет право запросить у Заказчика медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству.

3.10. Обработать и передавать персональные данные Потребителя (Заказчика) в рамках настоящего Договора и информацию о состоянии здоровья Потребителя (Заказчика) в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### **4. Обязанности заказчика**

4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах (Приложение №3), действующим Прейскурантом.

4.2. Выполнять все требования, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, план лечения, в том числе в период после оказания медицинских услуг, информировать Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) о невыполнении назначений и причинах этого.

4.3. Явиться на прием в назначенное время и сроки, предупредить Исполнителя об отмене приема не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени вне зависимости от причины отмены.

4.4. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать Правила поведения пациентов и посетителей, размещенных на информационных стендах Исполнителя.

4.5. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.6. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

4.7. Информировать Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях; предоставить информацию, влияющую на протекание или лечение, в том числе о факте получения медицинской помощи в иных медицинских организациях/учреждениях по аналогичным вопросам, сообщить о любых изменениях самочувствия.

4.8. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых прямо или косвенно могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг.

4.9. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Заказчика, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

4.10. При отказе от продолжения лечения Потребитель обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

#### **5. Права заказчика**

5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

5.3. В любое время отказаться от лечения расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

5.4. Получать без взимания отдельной платы после исполнения договора копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в сроки, установленные действующим законодательством РФ.

#### **6. Ответственность сторон**

6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за ненадлежащее проведение лечебных мероприятий при условии выполнения Заказчиком всех требований Исполнителя, как во время подготовки к лечению, так и во время его проведения.

6.3. За последствия невыполнения Заказчиком указаний и требований Исполнителя, Исполнитель ответственности не несет. Невыполнение Заказчиком указаний и требований Исполнителя является основанием для расторжения настоящего Договора в одностороннем порядке с письменным уведомлением Заказчика и Исполнителя.

6.4. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от Исполнителя требовалась по характеру выполняемых действий, Исполнитель принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут, в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникшей после заключения

договора, в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами. К таким событиям чрезвычайного характера относятся: природные явления: землетрясение, наводнение, пожары, тайфун, буря, приливные волны, засуха, заморозки, оползни, эпидемии, пандемии и т.п., обстоятельства общественной жизни: вооруженные конфликты (военные операции любого рода, в том числе специальные военные операции, военные действия, восстания, гражданские волнения, государственный переворот, мобилизация, частичная мобилизация); действия властей (принятие органом государственной власти или управления решения, повлекшего невозможности исполнения настоящего Договора).

## **7. Порядок расчетов**

7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему Прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ (Приложение № 4). В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

7.2. Оплата медицинских услуг по терапии, хирургии и ортопедии оплачивается в полном размере в день их оказания.

7.3. Оплата производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашении.

7.4. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

7.5. Стоимость ортопедических конструкций, и иных дорогостоящих материалов и изделий оплачиваются частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения.

7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, по вине Заказчика, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

7.7. Льготная система оплаты услуг применяется в индивидуальном порядке, по соглашению сторон.

7.8. В случае внесения Заказчиком 100% предоплаты и одностороннего отказа Заказчика от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесенных им затрат.

7.9. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

## **8. Гарантийные обязательства**

8.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах (Приложение № 3). Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком условий настоящего Договора.

8.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

## **9. Порядок разрешения споров**

9.1. Форма подачи претензии:

- лично в клинике (для Заказчика);
- почтовым отправлением по адресу регистрации, указанному в реквизитах Договора;
- на электронную почту, указанную в реквизитах Договора (п.13 Договора)

9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству Российской Федерации.

9.3. Заказчик проинформирован о возможности обращения (с жалобой в том числе) в органы государственной власти и организации путем размещения соответствующей информации на сайте и информационных стойках (стендах) Исполнителя.

9.4. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

## **10. Срок действия договора**

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно.

10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

10.3. Договор изменяется и расторгается по правилам гражданского законодательства РФ.

## **11. Прочие условия**

11.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

11.2. Медицинская карта Заказчика существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа,

удостоверяющего личность.

11.3. Подписывая настоящий договор, потребитель (заказчик) подтверждает, что уведомлен и согласен:

– на электронное взаимодействие с ООО «АНИС-Е» путем получения сканированных или сформированных в электронном виде финансовых, медицинских и иных документов, запросов о состоянии здоровья и ходе соблюдения назначений на адрес электронной почты и контактный телефон (в т.ч. посредством мессенджеров), указанные в настоящем договоре.

ДА  НЕТ

– на получение рассылки рекламных и познавательных материалов от ООО «АНИС-Е», участие в опросах с целью повышения качества обслуживания с использованием контактных данных, указанных в настоящем договоре.

ДА  НЕТ

11.4. Подписывая настоящий договор, потребитель (заказчик) подтверждает, что уведомлен и согласен с тем, что в ходе оказания услуг по договору может выполняться фотосъемка лица и полости рта пациента. Пациент дает согласие на фотосъемку (фото протокол) с целью фиксации результатов услуг и контроля качества лечения.

## 12. Приложения к договору, являющиеся его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1: Перечень медицинских услуг, оказываемых исполнителем;
- Приложение № 2: План лечения;
- Приложение № 3: Положение о гарантийных обязательствах;
- Приложение № 4: Акт выполненных работ (услуг).

## 13. Адреса и реквизиты сторон

### Исполнитель:

ООО «АНИС-Е»  
ИНН 4346052031.; КПП: 434501001  
ОГРН 1024301342526.; ОКПО: 49612677  
Место нахождения и осуществления лицензируемого  
вида деятельности:  
610017, город Киров, проспект Октябрьский,  
д.70 помещение №1005  
Р/с в ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО)  
40702810500290001454  
К/с 30101810145250000411  
БИК 044525411  
Телефон: +7 8332 410652  
Телефон регистратуры/приемного отделения:  
+7 8332 410652  
E-mail: web@as-dent.ru  
Официальный интернет-сайт:  
https://as-dent.ru

Главный врач (начальник) медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

### Потребитель (Заказчик):

Фамилия, имя, отчество:  
Документ, удостоверяющий личность: паспорт  
Адрес места жительства:  
Адрес для почтовой корреспонденции:  
Телефон:  
E-mail:  
*В случае, если Потребителем является  
несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от  
имени и в интересах Потребителя действует Законный  
представитель/Заказчик*  
Фамилия, имя, отчество:

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего законное  
представительство :

Телефон: \_\_\_\_\_

Потребитель (Заказчик) /Законный представитель:

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

**Приложение № 1**  
**к Договору на оказание платных медицинских услуг**  
**№ {НомерКарты} от {ТекущаяДатаПолная}**  
**(далее – «Договор»)**

**Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю**

1. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии № Л041-01160-43/00323566 от 29 июня 2021 г., (действует бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Кировской области (610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта. 69, тел. 27-27-25)
2. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
  - 2.1. 610017, город Киров, проспект Октябрьский, д.70 помещение №1005;
    - 2.1.1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях организуются и выполняются следующие работы (услуги):
      - 2.2. сестринскому делу;
      - 2.3. стоматологии
    - 2.3.1. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях организуются и выполняются следующие работы (услуги):
      - 2.3.1.1. стоматологии общей практики;
      - 2.3.1.2. стоматологии ортопедической;
      - 2.3.1.3. стоматологии терапевтической;
      - 2.3.1.4. стоматологии хирургической

**Исполнитель - Главный врач (начальник)**  
**медицинской организации**

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

**Потребитель (Заказчик):**

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ года рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

**В ОТНОШЕНИИ** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента подписании законным представителем)

( 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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н <1> (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)

**Общество с ограниченной ответственностью «АНИС-Е» (ООО «АНИС-Е»)**

(полное наименование медицинской организации)

**Медицинским работником**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)  
несовершеннолетнего (далее – **Пациент**):

*ФИО несовершеннолетнего*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку ООО «АНИС-Е» (далее - Оператор), расположенному по адресу: 610017, город Киров, проспект Октябрьский, д.70 помещение №1005 (ИНН 4346052031, ОГРН 1024301342526) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, номер СНИСЛ, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных, передачу моих (представляемого мной лица) персональных данных, указанных в настоящем согласии, в том числе составляющих врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам: ООО «АНИС-Е» (ИНН 4346052031, ОГРН 1024301342526), расположенному по адресу: 610017, город Киров, проспект Октябрьский, д.70 помещение №1005

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует до отзыва согласия. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИСЛ. Отказываясь от предоставления СНИСЛ, пациент (представитель пациента) понимает, что медицинская организация не несет ответственности за невозможность реализации права пациента на доступ к своей медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

План лечения « \_\_\_\_\_ » от \_\_\_\_\_

ФИО пациента  
 Родитель  
 Адрес

Примечание: \_\_\_\_\_

{Услуги}				
Наименование услуги	Зубы	Цена	Кол-во	Сумма
Итоговая стоимость услуг				

		<b>Скидка</b>	
		<b>Итоговая стоимость со скидкой</b>	

Условия оплаты и подтверждение информированности пациента  
 При ортопедическом лечении оплачивается не менее 50% до начала этапа, остальное — в день сдачи работы, до фиксации.  
 При имплантации — не менее 50% в день записи, остальное — в день проведения процедуры.  
 Цены, указанные в плане, сохраняются без изменения, если лечение начато в течение 30 дней с момента утверждения.  
 Мне понятен план лечения, его объём, стоимость и ориентировочные сроки \_\_\_\_\_ месяц(ев).  
 Я проинформирован(а), что он может быть изменён по медицинским показаниям с обязательным согласованием. В случае несогласия лечение приостанавливается, проводится перерасчёт, и оплачиваются фактически оказанные услуги.  
 Я понимаю, что нарушение сроков визитов (пропуски, переносы, длительные перерывы) может повлиять на результат, потребовать корректировки плана или дополнительных обследований. Эти меры направлены на сохранение моего здоровья и устойчивый эффект от лечения.  
 Мне разъяснены возможные дополнительные услуги и их оплата по прайсу, пояснены медицинские термины, нумерация зубов и структура документа. Я задал(а) все вопросы и получил(а) ответы.  
 В случае изменений оформляется письменное дополнение или новый план, согласуемый до начала выполнения.  
 С планом ознакомлен(а) и согласен:

<b>Медицинский работник:</b>		<b>Пациент:</b>	
	подпись		подпись

**ПОЛОЖЕНИЕ О ГАРАНТИЙНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВАХ ИСПОЛНИТЕЛЯ**  
**ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (далее по тексту – Положение)**

1.1. Исполнитель гарантирует Пациенту:

- 1.1.1. Использование методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном действующим законодательством порядке;
  - 1.1.2. Безопасность оказываемой медицинской услуги;
  - 1.1.3. Соответствие санитарным нормам и правилам, требованиям лечебно-охранительного и противозидемического режима, требованиям пожарной, радиационной, лекарственной, экологической и иной безопасности, а также иным требованиям, определяющим условия оказания медицинской помощи;
  - 1.1.4. Надлежащий уровень квалификации медицинских работников, который обеспечивается за счет непрерывной системы их подготовки, включающей подготовку в медицинском образовательном учреждении, последипломное образование в медицинских образовательных организациях, своевременное повышение квалификации;
  - 1.1.5. Более подробно все обязанности Исполнителя по отношению к Пациенту указаны в Договоре об оказании платных медицинских услуг (далее по тексту - Договор).
- 1.2. Стороны согласны с тем, что достижение положительного результата оказания медицинской услуги зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с п. 2.3.1. Договора.

Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния стоматологического здоровья и, так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении протекания патологических процессов.

- 1.3. Сроки гарантии и сроки службы могут быть применены лишь к материальным (овеществленным) результатам медицинской помощи, а именно: имплантаты, ортопедические конструкции, пломбы и реставрации (совокупность изделий медицинского назначения, используемых для устранения эстетических и функциональных дефектов зуба).
  - 1.4. Гарантийные сроки на такие изделия, используемые при оказании медицинской помощи, указаны в разделе 1.5. настоящего Положения и обозначают срок, в течение которого изготовитель ручается за функциональные и качественные свойства изделия, т.е. отсутствие его дефектов, при условии соблюдения Пациентом правил пользования таким изделием. Эти сроки не учитывают взаимодействие с тканями человека, а также непредсказуемую реакцию человеческого организма на то или иное медицинское вмешательство, поэтому гарантийные сроки могут быть приняты лишь как ориентировочные, условные. Исполнителем приведены данные, взятые из специальной литературы и общепринятой стоматологической практики.
- 1.5. Гарантийные сроки:

**А. Терапевтическая стоматология:**

- Реставрация зуба I, II, III класс Блека 5 лет.
- Реставрация зуба IV, V класс Блека 3 года.
- Первичное лечение корневых каналов, при условии их полной проходимости 5 лет.
- Лечение зуба, имеющего прямые показания к протезированию 1 год

**В. Ортопедическая стоматология:**

- Постоянные ортопедические конструкции 5 лет.
- Мероприятия, проводимые в целях поддержания функциональности ортопедических конструкций (замена матриц, перебазировка, шлифовывание и т.п.) оплачиваются дополнительно.

**С. Хирургическая стоматология:**

- Дентальная имплантация 5 лет.
- Дентальная имплантация в сочетании с костной пластикой альвеолярного отростка или с синуслифтингом 3 года.
- В случае отторжения имплантата до начала протезирования, Исполнитель переустановит имплантат при возможности обеспечения безопасности оказываемой услуги и отсутствии медицинских противопоказаний.

2.1. Гарантийные сроки не могут быть распространены (гарантия отсутствует) на следующие виды лечения:

- Повторное лечение корневых каналов.
- Шинирование зубов.
- Установка зубных украшений.
- Хирургическое лечение заболеваний пародонта.
- Пластика мягких тканей.
- Костная пластика дистальных отделов альвеолярного отростка нижней челюсти.
- Временные ортопедические конструкции.

2.2. Клиника не несет гарантийных обязательств перед Пациентом при оказании стоматологических услуг в следующих случаях:

- при невозможности проведения или отказе Пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков;
- при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий или с планом протезирования предложенным врачами клиники;
- при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ.
- при установке протеза, изготовленного специалистами других лечебных учреждений;
- при прекращении лечения по инициативе Пациента;
- при наличии у Пациента бруксизма (скрежет зубами) или патологической стираемости твердых тканей зубов, даже если было проведено лечение этого состояния.
- при возникновении осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначенного лечения, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях и др.;

2.3. Гарантийные сроки могут быть уменьшены или отсутствовать вовсе при наличии у Пациента определенных общих заболеваний организма, способных влиять на зубочелюстную систему (ревматические заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, некоторые виды авитаминозов и многие другие).

2.4. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока следующих обстоятельств:

- возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, которые напрямую приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, в т.ч. длительный прием лекарственных средств при лечении других заболеваний,
- все случаи внешнего воздействия на зубочелюстную систему, каковыми могут быть травмы, перекусывание особо твердых предметов, сильное химическое, термическое, радиационное воздействие и пр. Также гарантия прекращает свое действие при работе пациента на вредном производстве.

2.5. Исполнителем приведены гарантийные сроки изделий, используемых при оказании следующих видов медицинских услуг: терапевтическая, ортопедическая, хирургическая стоматология. Данные сроки относятся к пациентам, у которых на момент начала оказания медицинских услуг имеется не более 12 кариозно-пораженных, удаленных зубов (КПУ) при медленно текущем процессе. При КПУ зубов 13-18 – сроки снижаются на 30%. При КПУ >18 – сроки снижаются на 50%. Просрочка контрольного осмотра со стороны пациента более, чем на 30 суток приводит к прекращению гарантии. При неудовлетворительной гигиене полости рта, невыполнении строгих гигиенических требований гарантийные сроки отсутствуют полностью. Курение снижает гарантийные сроки на имплантацию на 50%.

2.6. Исполнитель своевременно предоставляет Пациенту в доступной для него форме необходимую и достоверную информацию о различных видах медицинского вмешательства, обеспечивающую возможность их правильного выбора. Данная информация передается Пациенту в устной форме, а также фиксируется в добровольных информированных согласиях на медицинское вмешательство, которые отражают сведения о диагнозе и прогнозе заболевания, методах его лечения и связанном с ними риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и возможных результатах лечения.

2.7. В случае обоснованных претензий Пациента по поводу недостатков медицинской услуги он имеет все права, предусмотренные Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее по тексту – ЗоЗПП) и иными нормативными правовыми актами РФ. С ЗоЗПП можно ознакомиться на информационной доске Исполнителя.

Главный врач (начальник) медицинской организации ООО «АНИС-Е»		Пациент:	
	подпись		подпись
Дата заключения договора		Дата заключения договора	

**Приложение № 4**  
**к Договору на оказание платных медицинских услуг**  
 № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
 (далее – «Договор»)

<b>АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТ (УСЛУГ) ЗА</b>	_____ (дата)
---	--------------

**ФИО пациента:**

**Родитель:**

**Адрес:**

**ФИО лечащего врача:**

**ФИО ассистента врача:**

(Процедуры)						
№	Код мед.услуги	Наименование процедуры	Цена за единицу	№ Зуба(ов)	Кол-во	Сумма
<b>ИТОГО ПО ОКАЗАННЫМ УСЛУГАМ</b>						

Лечение по гарантии	
ДМС	
Услуги по купону	
{СкидкаТекст}	
Итого по услугам со скидкой	
Предоплата пациентом будущих услуг \ погашение задолженности	
Кредитование пациента \ зачет аванса	
Состояние личного счета пациента до приема	
Состояние личного счета пациента после приема	
<b>ИТОГО К ОПЛАТЕ</b>	

Пациент и Исполнитель составили настоящий АКТ о том, что все вышеперечисленные услуги выполнены в соответствии с условиями настоящего договора, полностью и в срок.

Пациент полностью оплатил оказанные услуги и на момент сдачи-приемки претензий по объему, качеству, эстетическим свойствам и срокам оказания услуг не имеет, достигнутым результатом полностью удовлетворен.

Исполнитель:  
 Лечащий врач: \_\_\_\_\_/  
(подпись)

Администратор-кассир ООО «АНИС-Е»: \_\_\_\_\_/  
(подпись)

Заказчик (Пациент): \_\_\_\_\_/  
(подпись)