

ДОГОВОР №

об оказание платных стоматологических услуг

«__» _____ 20__ г.

г. Комсомольск-на-Амуре

Краевое государственное бюджетное учреждение «Стоматологическая поликлиника №1» Министерства здравоохранения Хабаровского края в лице и.о. главного врача Кеняйкиной Г.В., действующего на основании Устава и Лицензии «ЛО-27-01-002206 от 18.01.2017г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, 680002, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского,32,тел.8(4212) 40-23-22, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны и пациент

Ф., И., О.

действующий (ая) добровольно и сознательно, именуемый (ая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Оказание стоматологических услуг согласно медицинских показаний и пожеланий ПАЦИЕНТА по следующим видам: диагностическое исследование, терапевтическое, хирургическое лечение, протезирование зубов, физиотерапевтическое лечение. Объем согласованных с ПАЦИЕНТОМ услуг указывается в наряде (приложение №1 к договору).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Поручить лечение врачу _____, который обязан провести предварительное собеседование с ПАЦИЕНТОМ для определения вида стоматологических услуг; произвести осмотр, ознакомить его с правилами, условиями получения, расценками стоимости услуг. В полном объеме и доступно информировать ПАЦИЕНТА о методах лечения, предложить ПАЦИЕНТУ варианты оказания услуг, составить и обсудить индивидуальный план лечения пациента.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.3. Оказать качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, предусмотренные перечнем и прейскурантом, в сроки, согласно индивидуального плана лечения.

2.1.4. Информировать ПАЦИЕНТА о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг, выполнения дополнительных медицинских услуг, увеличению стоимости услуг и сроков их исполнения.

2.1.5. Информировать ПАЦИЕНТА о сроках и порядке лечения, разъяснять необходимость применяемых процедур для здоровья ПАЦИЕНТА; предупредить о возможных последствиях и осложнениях во время, после лечения и при отказе от предложенного лечения.

2.1.6. Информировать ПАЦИЕНТА о возникновении условия невозможности оказать медицинскую услугу по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка оборудования и т.д.), о выявлении у ПАЦИЕНТА заболевания (состояния) не по профилю ЛПУ, а также противопоказания к предоставлению медицинской услуги.

2.1.7. Вернуть излишне оплаченную сумму за оказанные услуги согласно п.3.4. настоящего договора.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. Самостоятельно, в соответствии с медицинскими показаниями, определить характер и объем услуг, манипуляций, необходимых для лечения ПАЦИЕНТА, и предложить их ПАЦИЕНТУ на согласование.

2.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, назначить другого врача с согласия врача и ПАЦИЕНТА, либо предложить другое удобное для ПАЦИЕНТА время приема и проведения лечения.

2.3. ПАЦИЕНТ обязан:

2.3.1. ПАЦИЕНТ, получив в доступной форме от ИСПОЛНИТЕЛЯ информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, плане и методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, обязан дать добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме (заполняется у лечащего врача).

2.3.2. Строго соблюдать и выполнять установленные лечащим врачом лечебные и профилактические мероприятия, в т.ч. регулярно и качественно выполнять гигиену полости рта.

2.3.3. В полном объеме информировать врача о состоянии своего здоровья, о всех имеющихся у него сопутствующих заболеваниях, которые могут привести к осложнениям во время и после лечения, и, особенно, представляющих опасность для окружающих и медицинского персонала (венерические, инфекционные, психиатрические, сердечно-сосудистые, эндокринные, СПИД и др.), аллергических реакциях, имевших место осложнениях при проведении медицинских манипуляций ранее (длительные кровотечения после оперативного вмешательства, переливания крови и т.д.), других событиях, изменявших состояние здоровья ПАЦИЕНТА.

2.3.4. Являться на лечение в установленное время, либо заблаговременно (48 часов) и не более 3-х раз сообщать о невозможности посещения врача.

2.3.5. Сообщить ИСПОЛНИТЕЛЮ достоверную информацию о месте проживания и контактные телефоны.

2.3.6. Оплатить стоимость услуг согласно цен прейскуранта в день получения счета к оплате.

2.3.7. Доплатить недостающую сумму за оказанные услуги согласно п.3.3. настоящего договора в соответствии с прейскурантом в день предоставления счета к оплате.

2.3.9. Соблюдать «Порядок и условия предоставления медицинской помощи в КГБУЗ «СП№1» .

2.4. ПАЦИЕНТ имеет право:

2.4.1. В любой момент полностью либо частично отказаться от предоставляемых медицинских услуг, при этом, оплатив стоимость уже выполненных услуг. Отказ от медицинского вмешательства с указанием предупреждения о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его представителем, а также медицинским работником.

2.4.2. Отказаться от услуг предоставленного врача и выбрать по своему усмотрению другого лечащего врача - при наличии согласия этого врача.

3. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. ПАЦИЕНТ в первое посещение производит оплату стоимости осмотра, дополнительных методов обследования (диагностических рентгенологических снимков и др.) для определения индивидуального плана лечения, объема и стоимости стоматологических услуг согласно наряду – приложение №1.

3.2. Перед каждым посещением ПАЦИЕНТ оплачивает стоимость стоматологических услуг. По желанию, ПАЦИЕНТ вправе предварительно оплатить всю стоимость всех предложенных услуг.

3.3. В случае изменения стоимости услуг в процессе лечения в большую сторону, ПАЦИЕНТ оплачивает недостающую сумму в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.4. В случае изменения стоимости услуг в процессе лечения в меньшую сторону, и при условии, что ПАЦИЕНТ предварительно оплатил полную стоимость всех услуг, ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает ПАЦИЕНТУ разницу в стоимости через кассу по письменному заявлению пациента.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств.

4.2. Настоящий договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ.

4.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;

- при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 5.5.

- в случае неявки пациента на прием в назначенное время без объяснения причин, в течение отчетного календарного месяца, о чем делается запись в амбулаторной карте ПАЦИЕНТА.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Гарантия на лечение и протезирование зубов устанавливается лечащим врачом. В ином случае срок гарантии определяется «Положением об установлении гарантийных сроков в КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», вывешенном на информационном стенде.

5.2. ПАЦИЕНТ несет личную ответственность за сокрытие от ИСПОЛНИТЕЛЯ информации, указанной в п.2.3.3. настоящего договора. В случае утаивания данной информации, влияющей на качество и исход лечения, ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственность за качество и исход лечения.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за оказанные ПАЦИЕНТУ медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии со ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

5.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение ПАЦИЕНТОМ условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности, если это произошло вследствие непреодолимой силы (в т. ч. осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими, анатомическими особенностями организма) ПАЦИЕНТА.

5.6. Все споры и разногласия, возникающие в связи с настоящим договором, разрешаются по соглашению сторон и в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. С согласия ПАЦИЕНТА или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам в интересах обследования и лечения ПАЦИЕНТА, а также для осуществления контроля качества лечения ПАЦИЕНТА в надзорные и контролирурующие лечебный процесс органы

6.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия ПАЦИЕНТА или его представителя допускается в целях обследования и лечения ПАЦИЕНТА, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу.

7.2. Приложение №1 к настоящему договору – наряд на оказание медицинских услуг в ЛПУ, составлен в 2 экземплярах для каждой стороны.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1»
681024, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Шиханова, 8
Тел. 53-31-44
И.о. главного врача Г.В.Кеняйкина
ИНН 2727026037
ОГРН 1022700521480

Режим работы:

Пн-пт 7/30 - 20/00

Вс выходной

м.п.

ПАЦИЕНТ:

(Ф.И.О. пациента)
паспорт серии _____ № _____
выдан « ____ » _____ год

Адрес: _____

Телефон _____

(С Перечнем платных услуг и тарифов, оказываемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ, Правилами и сроками предоставления платных услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ - ознакомлен и согласен _____ (ПАЦИЕНТ)).