ГБУЗ «СП №1» в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации

ГБУЗ «СП№1» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных стоматологических медицинских услуг.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО пациента(законного представителя) подпись

**ДОГОВОР**

**на предоставление оказания платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_амбулаторная карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(детская стоматология)**

г. Краснодар « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН 1032304930668), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Луценко А.Н., действующего на основании Устава, с одной стороны, и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги на возмездной основе с использованием импортных материалов, разрешённых к применению на территории Российской Федерации в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, а «Пациент» обязуется своевременно оплатить оказанные услуги, указанные в заказ- наряде, на условиях настоящего Договора по ценам действующего прейскуранта.

**2. Информация о предоставляемой услуге**

2.1. Исполнитель имеет бессрочную лицензию на медицинскую деятельность № 23-01-012101, выданную 05.03.2018г. Министерством здравоохранения Краснодарского края (адрес: 350000, г.Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел.8(861)9925291), виды деятельности: медицинская статистика, организация сестринского дела, рентгенология, сестринское дело, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая, организация здравоохранения и общественное здоровье, ортодонтия, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, экспертиза временной нетрудоспособности.

2.2.В поликлинике прием и лечение пациентов на платной основе осуществляется на общих условиях (общие лечебные кабинеты, в порядке очереди при наличии у врача свободного времени).

2.3.Лечению предшествует осмотр «Пациента» в условиях стоматологических кабинетов поликлиники.

2.4.По результатам осмотра и обследования выносится диагноз, составляется план лечения, который согласовывается с пациентом. Данные осмотра, обследования, лечения фиксируются в амбулаторной карте. Достоверность записей в амбулаторной карте подтверждается личной подписью «Пациента».

2.5. «Исполнитель» информирует «Пациента» об известных и альтернативных методах лечения, как в стоматологических кабинетах поликлиники, так и в других специализированных кабинетах. Извещает пациента о возможных, но необязательных, побочных эффектах, и осложнениях вследствие биологических особенностей организма, которые могут причинить вред здоровью «Пациента»; сообщает возможные варианты исхода лечения.

2.6. «Исполнитель» не может гарантировать во всех случаях положительный результат ожидаемого исхода лечения в связи с несовершенством медицинской науки и практики. Гарантия дается на медицинские услуги, имеющие материальный результат: на установленные пломбы, реставрации на срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.7.В процессе выполнения лечения могут возникнуть, ***но необязательно!*** осложнения, которые могут причинить вред здоровью «Пациента», которые «Исполнитель» устранит бесплатно, если в том окажется его вина.

2.8.Ориентировочная продолжительность лечения составит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. «Пациент» имеет право:**

3.1.1.На выбор лечащего врача; на предоставление, доступной для понимания, информации о предстоящем лечении и состоянии своего здоровья.

3.1.2.Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние своего здоровья, принимать участие в подборе цвета устанавливаемых пломб из материалов светового отверждения.

3.1.3.Отказаться от лечения на любом этапе и получить ранее внесенную оплату с учетом возмещения «Исполнителю» фактических затрат.

3.1.4.На возмещение вреда в случае ненадлежащего выполнения стоматологических услуг.

**3.2. «Исполнитель» имеет право**:

3.2.1.Отказаться от исполнения обязанностей по договору в случае несоблюдения «Пациентом» предписаний врача или правил внутреннего распорядка поликлиники, если это не угрожает жизни пациента при условии полного возмещения «Пациенту» убытков в размере стоимости недовыполненных услуг.

3.2.2.В случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств необходимых для постановки диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной договором **бесплатно**.

3.2.3.Привлекать для оказания Пациенту медицинских услуг третьих лиц.

**3.3. «Пациент» обязан:**

3.3.1.Информировать «Исполнителя» о состоянии своего здоровья (***имеющихся и перенесенных заболеваниях****)*, в том числе из медицинской документации (предоставление выписки оформленной должным образом).

3.3.2. До начала лечения оплатить стоимость лечения в размере 100 %.

3.3.3.Точно и своевременно выполнять назначения и рекомендации «Исполнителя», своевременно являться на лечебные и профилактические осмотры.

3.3.4Соблюдать в полном объёме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей.

3.3.5.Удостоверить своей подписью сведения, внесенные врачом в медицинскую карту: сведений о своем здоровье, о наличии заболевания, о диагнозе и прогнозе заболевания и о возможных рисках; о факте ознакомления с рекомендованным планом лечения, о факте информированного добровольного согласия.

3.3.6. Ознакомиться с «Положением о гарантиях на стоматологические услуги и гарантийных сроках»

**3.4. «Исполнитель» обязан:**

3.4.1.Обеспечить качественное обследование полости рта и лечение с применением импортных материалов с использованием

современных технологий, имеющихся в распоряжении поликлиники, в условиях, соответствующих санитарным требованиям.

3.4.2.Сообщить «Пациенту» достоверную информацию о состоянии его полости рта, диагноз, прогноз, возможные методы

лечения и их исходы, согласовать с Пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий, а после завершения лечения сообщить результаты лечения.

3.4.3.Оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную, безопасную медицинскую услугу в установленные договором сроки. Определить для Пациента гарантийный срок и срок службы на установленную пломбу. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или длительный прием лекарственных препаратов), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах или окружающих тканях.

3.4.4.Незамедлительно информировать «Пациента» о выявленной в ходе выполнения услуг невозможности получить ожидаемый результат или о нецелесообразности продолжения лечения.

3.4.5.В случае обоснованного требования «Пациента» о замене лечащего врача содействовать выбору другого врача.

3.4.6.При отказе от лечения или неисполнении предписаний врача, в доступной для «Пациентом» форме, разъяснить возможные последствия, оформить запись в амбулаторной карте и заверить подписями пациента и лечащего врача.

3.4.7.По требованию «Пациента» предоставить копии документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

3.4.8.Информировать Пациента о стоимости услуги в соответствии с согласованным планом лечения.

3.4.9.В случае ненадлежащего исполнения обязанностей по договору возместить «Пациенту» убытки, исходя из цен, существующих на момент заключения договора в течение одного месяца с момента выявления факта ненадлежащего лечения. Безвозмездно устранить (***согласие «Пациента» обязательно!****)* выявленные недостатки в течение разумного времени необходимого для лечения исходя из опыта медицины.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1.Стоимость услуг составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цена стоматологических услуг определяется прейскурантом, действующим на день оказания услуг, и перечнем услуг, согласованных с пациентом и внесенных в заказ-наряд.

Коды услуг и их количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. «Пациент», до начала лечения, ***оплачивает согласованные с ним услуги, в размере 100 % или оплачивает частично по согласованию с врачом.***

4.3.Дополнительные услуги, непредусмотренные договором, выполняются после заключения дополнительного соглашения к договору или оформления нового договора.

**5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.1. Договор может быть изменен путем подписания дополнительного соглашения, а также расторгнут по согласованию сторон или в одностороннем порядке по инициативе «Пациента», а также по инициативе «Исполнителя» в случае некорректного поведения «Пациента».

**6. Прочие условия**

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2.При условии добровольного информированного согласия «Пациента», лечение выполнит врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6.3.Гарантийный срок 12 месяцев при условии выполнения пациентом рекомендаций лечащего врача.

6.4.Неотъемленной частью договора являются: амбулаторная карта (в единственном экземпляре хранится в поликлинике), информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных, заказ-наряд, рентгеновские снимки (неотъемлемая часть амбулаторной карты).

6.5. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в досудебном и судебном порядке.

6.7.Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

 «ИСПОЛНИТЕЛЬ»: «ПАЦИЕНТ/ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»

 ГБУЗ СП № 1

350033, г. Краснодар, ул.Железнодорожная,12/1. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 2309053925, КПП 230901001,

БИК 040349001 Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р/Счет № 40601810900003000001, Л/С 828515060

Южное Главное управление ЦБ РФ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Краснодар

Врач

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

 М.П. ФИО ПОДПИСЬ

(по доверенности № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.)