Договор

на выполнение услуг по рентгенографии/ радиовизиографии зубов

г. Краснодар \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН 1032304930668, св-во серия 23 № 008203389, выдано ИФНС № 3 по г.Краснодару), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.Н.Луценко, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, или его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора

1.1.Настоящий договор определяет условия выполнения рентгеновских снимков зубов, не оплачиваемых территориальной программой ОМС и бюджетами разных уровней. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» выполняет рентгеновские снимки зубов (код А06.07.013) надлежащего качества по цене 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. (861) 992-53-68, 992-53-69, 992-53-70), 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.Рентгенография/ радиовизиография зубов (а) выполняется либо по желанию пациента при самостоятельном обращении в поликлинику, либо по направлению лечащего врача в часы работы рентгеновского кабинета.

2.3.Рентгенография/ радиовизиография зубов (а) является дополнительным диагностическим методом обследования, отражающего исходное состояние зубов (а) до начала лечения, а так же методом контроля качества лечения (пломбирования) корневых каналов (а).

2.4.Беременным женщинам рентгенография/ радиовизиография не проводится.

2.5.О результатах рентгенологического/ радиовизиографического обследования информирует лечащий врач.

2.6.Объем рентгеновского/ радиовизиографического обследования зубов (количество снимков) согласовывается с «Пациентом».

3.Стоимость и порядок оплаты

3.1. Стоимость рентгеновского/ радиовизиографического снимка определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на день оказания услуги.

3.2.«Пациент» оплачивает дополнительные услуги до получения готовых снимков зубов.

4.Права и обязанности сторон.

4.1.1. «Пациент» имеет право непосредственно знакомиться с результатами обследования, получить снимки по

запросу других учреждений (факт выдачи снимков из амбулаторной карты «Пациент» удостоверяет личной подписью!).

4.1.2.«Пациент» должен предварительно **оплатить через кассу** поликлиники дополнительные услуги.

4.2.1.«Исполнитель» обязан обеспечить обследование в условиях, соответствующих санитарным нормам.

5.Прочие условия

5.1.Договор составлен в 2-х экземплярах имеющих одинаковую силу.

5.2.Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения обязательств.

5.3. Договор может быть изменен или расторгнут с соблюдением норм действующего гражданского законодательства РФ.

5.4.Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, привлечения экспертов, в досудебном и судебном порядке.

|  |  |
| --- | --- |
| «ИСПОЛНИТЕЛЬ» ГБУЗ Стоматологическая поликлиника№1  350033,Краснодар,Железнодорожная,12/1 ИНН/КПП2309053925/230901001, БИК040349001  Рентгенолаборант  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  /по доверенности № \_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г./    \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | «ПАЦИЕНТ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО/РАДИОВИЗИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

К медицинской карте и договору № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

В соответствии со ст.32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства, в т.ч. рентгенографии/ радиовизиографии зубов, является получение добровольного информированного согласия гражданина.

**Информация для пациента**: Рентгенография/радиовизиография является дополнительным методом исследования с целью установления диагноза и/или подтверждения качества лечения зубов. Средняя эффективная доза облучения при выполнении одного рентгеновского снимка - **0,01**(мк/з). Установленный норматив эффективной дозы облучения - 1 мк/з в год (доза облучения в 1 Грей в год считается абсолютно безопасной, без учета естественного радиационного фона). В отпущенный на облучение норматив 1 м/з, можно вложить до 100 снимков зубов, если в течение года не будут проводиться другие лучевые исследования.

1.Я согласен (а) на проведение одномоментной рентгенографии/радиовизиографии зубов **по личному выбору/ по назначению врача**: количество снимков \_\_\_\_\_ , эффективная доза облучения составит \_\_\_\_\_\_ м/з).

2.Я поставил (а) в известность врача о предыдущих лучевых нагрузках (рентгенография, рентгенотерапия, радиотерапия, работа с источниками ионизирующего излучения).

**Если Вам понятна предоставленная информация, и Вы дали положительный ответ, то, удостоверьте свое согласие подписью с указанием фамилии и даты**.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Предоставляю право (ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных») сотрудникам ГБУЗ СП №1 обрабатывать, хранить и распространять персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установки диагноза, оказания медицинской и медико-социальной помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ГБУЗ СП № 1 г.Краснодар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ***№ А/К­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | | ***Врач:*** | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  | |
|  | **Ф. И. О.** **пациента**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | **Рентгенолаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | | | |
| № п/п | Код услуги | | Наименование услуги | | | | | | | | | | Ко-во сним-ков | | | Цена за единицу | Всего | | | |
|  | **А06.07.013**  **А16.07.170** | | **Рентгенография**  **Радиовизиография** | | | | | | | | | |  | | | **178,00**  **163,00** |  | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ИТОГО (прописью)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_ копеек | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | | |
| Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | | | | | | | | | Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | | |