**Договор**

**о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Владивосток «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.), действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий а интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика обязуется провести качественное обследование и лечение Пациента в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень и объемы оказываемых по настоящему Договору медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Код услуги | Медицинская услуга | Цена, руб. | Кол-во | Стоимость, руб. | Срок гарантии, мес. |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.3. Срок оказания услуг не должен превышать \_\_\_\_\_ дней, для ожидания оказания услуг Исполнитель производит запись Пациента на оказание медицинских услуг и устанавливается лист ожидания – очередность получения услуг.

1.4. В медицинской карте Пациента указываются все пожелания Заказчика, жалобы, поставленный Пациенту диагноз, используемые в процессе лечения лекарственные препараты и пломбировочные материалы, выбранный вариант лечения. Под указанной информацией должна стоять подпись Заказчика и лечащего врача.

**2. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Стоимость услуг по настоящему договору определена на основании Прейскуранта Исполнителя, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_ копеек.

2.2. Цена договора может быть увеличена в случае предоставления с согласия Заказчика на возмездной основе дополнительных медицинских услуг.

2.3. Расчет за оказанные услуги производится в наличной форме или с использованием национальных платежных инструментов в срок не позднее дня завершения их оказания согласно наряда на оказание услуг. Услуги могут быть оплачены Заказчиком при заключении настоящего договора в полном размере или путем выдачи аванса.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Предоставить платные медицинские услуги, качество которых отвечает требованиям, предъявляемым к таким услугам нормативными документами.

3.1.2. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, в случае возникновения необходимости в их предоставлении.

3.1.3. Своевременно информировать Заказчика о том, что соблюдение указаний Заказчика и иные обстоятельства, зависящие от Заказчика/Пациента, могут снизить качество оказываемой услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, информировать о возможных осложнениях при лечении.

3.1.4. Прекратить оказание медицинских услуг с соответствующим информированием Заказчика при выявлении у Пациента соответствующих противопоказаний, а также в случае, если оказание медицинских услуг может нанести вред здоровью Пациента.

3.1.5. Продлить установленный пунктом 1.3 настоящего договора срок оказания услуг, если оказание услуг в указанный срок невозможно в результате действий (бездействий) Заказчика/Пациента, по независящим от Сторон причинам, включая возникновение необходимости в дополнительном лечении пациента.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора и потребовать у Заказчика полного возмещения убытков в случае, если Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем об обстоятельствах, зависящих от Заказчика/Пациента, которые могут снизить качество оказываемых услуг, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания услуг либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемых услуг.

3.2.2. В случае отсутствия врача в день, назначенный для оказания услуг по настоящему договору, назначить другого врача для оказания услуг Пациенту (за исключением случая, когда Заказчик возражает) или перенести оказание услуг на другой день.

3.2.3. Не оказывать медицинские услуги Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

3.2.4. Оказать на возмездной основе дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные настоящим договором, при наличии согласия Заказчика, данного в письменной форме.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. В день завершения оказания услуги принять оказанную ему платную медицинскую услугу или дать в письменной форме мотивированный отказ от приемки оказанных услуг. В случае невыполнения Заказчиком обязанности, указанной в настоящем пункте, медицинские услуги считаются принятыми Заказчиком.

3.3.2.Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

3.3.3. Обеспечить соблюдение Пациентом режима лечения, выполнение им всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, касающихся лечения, в том числе соблюдение указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг, соблюдение гигиены полости рта и явки на назначенные профилактические осмотры.

3.3.4. Обеспечить явку для получения медицинских услуг в установленное время, ожидание и (или) соблюдение очередности предоставления медицинских услуг при длительной консультации или длительном обслуживании предыдущего(их) пациента(ов), экстренном обслуживании другого(их) пациента(ов), обслуживании пациента(ов) в пределах гарантийного срока и при наличии других уважительных причин.

3.3.5. Сообщить до оказания услуг о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, об иных обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг, обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

3.3.6. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях, этические нормы во взаимоотношениях с медицинскими и иными работниками Исполнителя, режим работы Исполнителя, обеспечить выполнение указанных правил и норм Пациентом.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получить в доступной для него форме имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе сведения о методах оказания медицинской услуги, связанном с ней риском, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской услуги, если иное не установлено законодательством РФ.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

4.1. Исполнитель после исполнения настоящего договора осуществляет выдачу Заказчику, являющемуся законным представителем Пациента, медицинских документов (их копий, выписок), отражающих состояние здоровья Пациента 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. При этом дополнительная плата с Заказчика не взимается.

4.2. Для получения указанных в пункте 4.1 настоящего договора документов Заказчик, являющийся законным представителем Пациента, представляет Исполнителю запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них. Требования к форме и содержанию такого запроса устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.3. Максимальный срок выдачи указанных в пункте 4.1 настоящего договора документов не должен превышать 30 дней с момента регистрации Исполнителем запроса об их предоставлении.

**5. ГАРАНТИЙНЫЙ СРОК**

5.1. На медицинскую услугу, оказываемую по настоящему договору, устанавливается гарантийный срок, продолжительность которого установлена в пункте 1.2 настоящего договора.

5.2. Срок действия гарантии исчисляется со дня оказания медицинской услуги.

5.3. В отношении услуг, на которые установлен гарантийный срок, Исполнитель отвечает за их недостатки, если не докажет, что такие недостатки возникли после принятия услуги Заказчиком вследствие нарушения им правил использования результата услуг, действий третьих лиц или непреодолимой силы.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчика/Пациента или в результате действия обстоятельств, не зависящих от Исполнителя, в том числе, если осложнения возникли в результате несоблюдении Пациентом гигиены полости рта, несоблюдения Заказчиком/Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), назначенного режима лечения, несвоевременного сообщения о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья;

- возникновения осложнений при лечении, ранее проведенном третьими лицами;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;

- не предоставления Заказчиком информации о состоянии здоровья Пациента, о наличии у Пациента противопоказаний к приему лекарственных препаратов и (или) проведении каких-либо лечебных манипуляций;

- если ожидаемый результат услуги не достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия Исполнителя, современный уровень здравоохранения не гарантирует в данном случае 100% результат.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков предоставления медицинской услуги, если оно произошло по вине Заказчика/Пациента или вследствие непреодолимой силы.

6.4. Заказчик несет ответственность за предоставление недостоверной информации, несоблюдение режима лечения, правил поведения пациента, несвоевременную оплату медицинских услуг.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Изменения и дополнения настоящего договора возможны по соглашению сторон в рамках действующего законодательства. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания сторонами дополнительных соглашений к договору. Дополнительные соглашения к договору являются его неотъемлемой частью и вступают в силу с момента их подписания сторонами.

7.2. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

7.3. Настоящий договор прекращается в случае отказа Заказчика/Пациента от медицинского вмешательства.

7.4. Если услуги по настоящему договору оказаны Исполнителем качественно, но при этом Заказчик настаивает на удалении медицинских изделий, имплантированных в организм Потребителя (включая штифты, пломбы) в ходе оказания данных услуг, то расторжение настоящего договора и возврат денежных средств не производится.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

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

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.3. Услуги оказываются Исполнителем на основании лицензия на осуществление медицинской деятельности от 02.10.2013 № № Л041-01023-25/00369093, срок действия: бессрочно, выдана министерством здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская, д. 2, тел. (423) 241-21-25, 241-35-14), перечень услуг в соответствии с лицензией: услуги по рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, анестезиологии и реаниматологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, экспертизе временной нетрудоспособности.

8.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

**9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника»  Юридический адрес: 690037, Приморский край, г. Владивосток, ул. Адмирала Кузнецова, д. 64А,  ОГРН 1022501274960, ИНН / КПП 2536026364 / 253601001  Почтовый адрес для направления обращений (жалоб): 690091, Приморский край, г. Владивосток, ул. Уборевича, д. 14  Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": <https://ksp-dv.ru/> | **Заказчик:** Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пациент:** Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные удостоверяющего личность документа (паспорта, или св-ва о рождении) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**10. ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**Информированное добровольное согласие**

**при предоставлении платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в государственном автономном учреждении здравоохранения "Краевая стоматологическая поликлиника".

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а именно:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (конкретизировать ч. 1 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ, с учетом конкретного случая лечения, диагноза, применяемых методах лечения и используемых медицинских изделий и лекарственных препаратов и т.д.)

**Мне до заключения договора об оказании платных медицинских услуг в доступной форме предоставлена следующая информация:**

1. О возможности получения 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 в Приморском крае.

2. О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3. О медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

4. О том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

5. О праве отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендуется перенести пункты старого договора, связанные непосредственно с лечением (согласиями, информированиями пациента) в ИДС

Например:

- Заказчик/Пациент получил полную и достоверную информацию об Исполнителе и о выполняемом лечении.

- Заказчик/Пациент согласен с тем , что все особенности , свойства , характеристики, внешний эстетический вид , возможные осложнения , связанные с выполняемой работой (лечением) ему детально разъяснены с учётом отсутствия у него специальных познаний и ему (Заказчику/Пациенту) понятны.

- Заказчик/Пациент согласен с тем, что после выполненной работы (дентальной имплантации) возможны некоторые неудобства и болезненные явления, которые не могут считаться недостатком проведенного хирургического лечения (дентальной имплантации) , так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации имплантатов в полости рта , процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы.

Исполнитель своевременно проинформировал Заказчика о:

- о возможных осложнениях дентальной имплантации , как в период реабилитации (6 месяцев ) , так и последующее время;

- о необходимости соблюдения гигиену полости рта и выполнения профилактических мероприятий при пользовании протезами с опорой на имплантаты;

- о необходимости прохождения регулярных осмотров у Исполнителя для контроля за состоянием полости рта после операции, в период реабилитации и после окончания протезирования;

- не выполнение данных указаний врача может снизить качество лечения и привести к отторжению имплантата.

Заказчик/Пациент проинформирован о том, что в случае появления каких-либо осложнений в послеоперационном периоде или в процессе пользования протезами , Заказчик обязан незамедлительно обратиться к Исполнителю , не прибегая к помощи других лечебных заведений.