

*До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись

Фамилия, И.О. пациента

## **ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

№ \_\_\_\_\_

г. Мытищи

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

именуемый(ая) \_\_\_\_\_ (ф.и.о.)  
в \_\_\_\_\_ «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»  
с одной стороны и Индивидуальный предприниматель Ханецкая Надежда Юрьевна ОГРНИП 318502900018735, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее по тексту договора «услуги») в соответствии с перечнем и стоимостью услуг, указанных в Прейскуранте, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг и выполнять требования специалистов Исполнителя.

1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии № ЛО-50-01-010241 от 06.11.2018 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области, адрес: 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, тел.: +7 (498) 602-03-01.

1.3. В соответствии с лицензией Исполнитель вправе осуществлять следующие виды медицинской деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии.

1.4. Объем, виды и сроки оказания медицинских услуг определяются Планом лечения (Приложение №1 к договору).

1.5. До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

2.1. Услуги Пациенту оказываются Исполнителем лично, либо с привлечением третьих лиц.

2.2. До оказания медицинских услуг, Пациент предоставляет достоверные сведения о состоянии своего здоровья в Анкете состояния здоровья Пациента. В случае одновременного прохождения Пациентом медицинских процедур в другом медицинском учреждении, Пациент обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Пациент не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур.

2.3. Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения и пломбирования зубов. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим или смотровым врачом. Пациент обязан четко соблюдать рекомендации врача и тщательно следить за гигиеной полости рта, в том числе и после окончания ортодонтического лечения, чтобы предотвратить рецидив.

2.4. При несоблюдении рекомендаций лечащего врача, возникшие последствия устраняются за дополнительную плату: фиксация замков и замена дуги, при переломе дуги, если был нарушен режим питания; лечение деминерализации эмали и кариеса вокруг брекетов или под дугой съемного аппарата, в том случае, если гигиена полости рта неудовлетворительна.

### **3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Заказчиком по действующему прейскуранту на момент оказания медицинской услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках плана лечения. Оплата производится в наличной или безналичной форме. Оплата считается произведенной после поступления денежных средств на расчетный счет или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

3.2. Стороны согласовали: медицинские услуги могут быть оплачены в полном размере, предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически

оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 дней включительно.

#### 4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

##### **Исполнитель обязуется:**

- 4.1. назначить для проведения обследования и лечения компетентного специалиста (далее по тексту «врача»);
- 4.2. назначить в оговоренное с Пациентом время обследование Пациента;
- 4.3. определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки (далее по тексту «План лечения»);
- 4.4. отразить результаты обследования (предварительный диагноз) и согласованный с Пациентом план лечения в амбулаторной истории болезни стоматологического больного (далее по тексту «медицинская карта»);
- 4.5. в соответствии с выбранным планом лечения и на основании Прейскуранта, действующего на момент оплаты услуг, Стороны подписывают План лечения (Приложение №1 к Договору), в котором отражается стоимость, перечень стоматологических услуг и сроки их оказания;
- 4.6. определить и сообщить Пациенту примерные сроки выполнения выбранного Пациентом плана лечения, при этом любое изменение лечения (согласно записям в медицинской карте Пациента), влечет за собой изменение сроков и стоимости лечения;
- 4.7. использовать методы диагностики, профилактики и лечения с соблюдением предъявляемых к ним требований;
- 4.8. обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения;
- 4.9. обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями;
- 4.10. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом.

##### **Пациент обязуется:**

- 4.11. выполнять все рекомендации лечащего врача и медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, иных особенностях организма;
- 4.12. являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом;
- 4.13. соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки;
- 4.14. являться на профилактические осмотры не реже чем 1 раз в 6 (шесть) месяцев;
- 4.15. Заказчик обязуется производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Пациент и Заказчик ознакомились перед заключением настоящего Договора, а равно оплачивать дополнительные (специализированные) методы обследования, путем осуществления рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату;
- 4.16. заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги, в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками;
- 4.17. при появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить клинику для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем;
- 4.18. в случае невозможности явки на лечение и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом врача не менее чем за сутки, при этом Пациент обязан впоследствии в медицинской карте подтвердить невозможность явки в назначенное ранее время.
- 4.19. при невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Пациента или расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента, оплатить фактически оказанные услуги, в т.ч. стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме.

##### **Права Пациента:**

- 4.20. получать устно, по письменному заявлению Пациента, бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также иную информацию, касающуюся здоровья Пациента при предоставлении Исполнителем услуг;
- 4.21. выбор лечащего врача, с учетом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение;
- 4.22. проведение по просьбе Пациента врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуги;
- 4.23. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Пациент не возражает против проведения видеонаблюдения в помещении Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.

4.24. отказ от медицинского вмешательства;

4.25. при наличии обоснованных претензий к качеству и срокам предоставляемой услуги требовать от Исполнителя исполнения ее другим специалистом, либо расторжения Договора и возмещения убытков в размере стоимости некачественно выполненной работы.

#### **Права Исполнителя:**

4.26. при отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию;

4.27. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения;

4.28. с согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

4.29. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Пациента медицинских противопоказаний, а равно, если это лечение не соответствует требованиям технологий, не соответствует действующим стандартам, а равно может вызвать нежелательные последствия;

4.30. Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании услуг (в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор) в случае грубых нарушений Пациентом выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием и/или неявки на прием.

### **5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие на стоматологическое лечение Пациента (Приложение №2 к настоящему договору) является необходимым предварительным условием для начала лечения, с которым Пациент ознакомлен и согласен.

5.2. Стороны вправе по обоюдному согласию изменить набор и количество медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, и пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения письменно оформляются путем составления нового Плана лечения, который вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

5.3. В случае необходимости проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи Исполнитель имеет право на привлечение внештатных врачей-специалистов соответствующей специальности. Подписанием настоящего договора пациент дает свое согласие на передачу персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну третьим лицам, в рамках проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи.

5.4. Пациент соглашается получать информацию о предполагаемых скидках, проводимых акциях, прочей информации о работе Исполнителя по представленным Пациентом телефонам или адресу электронной почты.

5.5. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) в соответствии с Положением о гарантийных сроках, с которым пациент ознакомился перед подписанием настоящего договора. Необходимым условием соблюдения гарантийных обязательств Исполнителем является проведение профессиональной гигиены полости рта, контрольных и профилактических осмотров, рекомендованных врачом.

5.6. Пациент соглашается с тем, что все свои предложения, замечания, претензии, заявления и т.п. связанные с действием настоящего Договора принимаются Исполнителем в письменном виде, при этом датой принятия заявления Пациента является дата предоставления заявления Пациентом уполномоченному представителю Исполнителя.

### **6. СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

6.1. Сроки оказания услуг определяются при заключении договора, после осмотра первичным врачом по согласованию с Пациентом и отражаются в Планах лечения (Приложение №1 к настоящему Договору).

6.2. Срок оказания услуг может изменяться в зависимости от состояния здоровья Пациента, соблюдения им рекомендаций лечащего врача, установленного режима лечения и по другим независящим от Исполнителя причинам.

6.3. Ортодонтическое лечение состоит из 3-х этапов различных по времени:

– Аппаратурное лечение 1-3 года.

– Закрепляющий (ретенционный период), который равен 2-6 лет. В этот период используется ретенционный аппарат.

– Диспансерное наблюдение - до полного прорезывания всех зубов. В этот период может понадобиться дополнительное аппаратурное лечение в зависимости от того, как будут прорезываться оставшиеся зубы. Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение 5 лет.

### **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами по Договору.

### **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

8.1. Все споры и разногласия по порядку исполнения данного Договора Стороны решают путем переговоров. Обязательства Исполнителя по данному Договору считаются выполненными при оказании полного объема услуг, оплаченных Пациентом.

8.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных

услуг, медицинские жалобы Пациента рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя. При подписании договора, пациент разрешает предоставлять медицинскую информацию всем работникам Исполнителя и сторонним медицинским специалистам для контроля качества оказания медицинских услуг.

8.3. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

8.4. Пациент вправе явиться в назначенное Исполнителем время, для рассмотрения Врачебной комиссией претензии Пациента.

8.5. Если стороны не достигли взаимного согласия и требования стороны не удовлетворены, Сторона вправе в письменном виде оформить претензию, и направить ее другой стороне или решить спор в судебном порядке. Данная претензия должна быть удовлетворена в разумный срок (не более 10 дней). В случае невозможности урегулировать разногласия путем переговоров Стороны разрешают спор в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.6. Исполнитель несет ответственность в случае не предоставления услуг по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.7. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в случаях:

- неисполнения Пациентом своих обязательств по настоящему Договору;
- обнаружения у Пациента заболевания несовместимого с выбранной методикой оказания медицинских услуг. При этом Исполнитель обязуется возвратить Заказчику предварительно оплаченную им в рамках настоящего Договора сумму, за вычетом стоимости оказанных услуг.

8.8. Договор может быть в любое время расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Заказчика или Пациента. В этом случае Заказчик обязуется уплатить Исполнителю часть цены, пропорционально части оказанных медицинских услуг.

#### 9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

9.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора является Анкета состояния здоровья Пациента, План лечения (Приложение №1), Информационное согласие Пациента (Приложение №2), Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №3).

9.3. При заключении настоящего Договора, Приложений и Дополнительных соглашений к нему, Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя с помощью средств механического копирования (факсимиле).

#### 10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ИП Ханецкая Надежда Юрьевна**

зарегистрировано ИФНС 30.03.2018 г.

МИФНС №23 по Московской области

Юридический адрес: 141006, Московская область, г.

Мытищи, пр-кт Астрахова, дом 6. Кв. 220

Фактический адрес: 141006, Московская область, г.

Мытищи, ул. Белобородова, дом 2, корп. 3, пом. III

ОГРНИП 318502900018735

ИНН 502920251147

р/с 40802810240000046158 в АО «Сбербанк»

к/с 30101810400000000225

БИК 044525225

Тел: 8-495-240-82-87

\_\_\_\_\_/Ханецкая Н.Ю./

##### ЗАКАЗЧИК:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

Паспорт (серия, номер):

Дата выдачи:

Кем выдан, код подразделения:

(данные паспорта)

Адрес:

(адрес)

тел.(дом)

тел. (моб).

подпись \_\_\_\_\_

##### ПАЦИЕНТ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

Паспорт (серия, номер):

Дата выдачи:

Кем выдан, код подразделения:

(данные паспорта)

Адрес:

(адрес)

тел.(дом)

тел. (моб).

подпись \_\_\_\_\_

