

До заключения договора *Исполнитель уведомляет:*

– несоблюдение назначений и рекомендаций медработника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в т. ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента,
– 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.

ФИО

Подпись

**Договор
на оказание платных медицинских услуг
(ортодонтические услуги) № _____**

000940

г. Белгород

« _____ » _____ 202 ____ год

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника города Белгорода», в лице администратора-кассира/медицинского регистратора, действующего на основании Доверенности № 87/1 от « 25.09.2023 », именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и **Заказчик**

(ФИО)

физическое/юридическое лицо, имеющее намерение приобрести медицинскую услугу в пользу **Потребителя**

(ФИО)

(физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Сведения о Сторонах:

Сведения об Исполнителе:

1. Полное наименование: Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника города Белгорода», сокращенное наименование: ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода»;
2. Адрес места нахождения: 308000, г. Белгород, пр-т Славы, 58;
3. Адрес места оказания медицинских услуг: **308000, г. Белгород, пр-т Славы, 58, г. Белгород, ул. Щорса, 43.**
4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1023101667512, дата регистрации – 28.11.1995 г., данные о регистрирующем органе – ИФНС по г. Белгороду, ИНН 3123027512. Регистрационный номер лицензии ЛО41-01154-31/00340592, выдана: Министерство здравоохранения Белгородской области (г. Белгород, Народный бульвар, д.34 «А», (4722)23-58-56), лицензируемые виды деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Предмет договора

- 1.1. Исполнитель, обязуется оказать Потребителю стоматологические (ортодонтические) услуги

_____ в соответствии с

действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи и утвержденного прейскуранта и согласованного плана лечения между Сторонами, а Заказчик (Потребитель) обязуется своевременно оплатить стоимость медицинских услуг. Оказанные медуслуги отражаются в медицинской документации Потребителя.

Конкретный перечень фактически оказанных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объемы работ и услуг, сроки оказания, стоимость услуг, сведения о специалистах, непосредственно оказывающих эту услугу, указываются в Актах выполненных работ к договору, подписанному Сторонами.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

- 2.1. Услуги Исполнителем Потребителю оказываются лично либо с привлечением третьих лиц.
- 2.2. До оказания услуг Заказчик (Потребитель) сообщает достоверные сведения о состоянии здоровья, заполняет Анкету здоровья, подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случае одновременного прохождения Потребителем медицинских процедур в другом медицинском учреждении Заказчик (Потребитель) обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя.
- 2.3. Медицинские услуги оказываются при отсутствии медицинских противопоказаний у Потребителя для данного вида лечения.
- 2.4. В случае при предоставлении дополнительных услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя)

2.5. Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта (пломбирование зубов) и рентгенологического контроля. Потребитель обязан четко соблюдать рекомендации врача и тщательно следить за гигиеной полости рта, в том числе и после окончания ортодонтического лечения.

2.6. При несоблюдении рекомендаций лечащего врача возникшие последствия устраняются за дополнительную плату: фиксация замков, 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 неудовлетворительная. Это может привести к удлинению сроков лечения и его удорожанию.

2.7. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю. Ориентировочный срок оказания медицинских услуг определяется при первом посещении и осмотре Потребителя и фиксируется в Приложении №1 к договору («Стоимость и виды услуг» далее – Приложение №1). Срок оказания услуг может меняться в зависимости от состояния здоровья (остроты клинической ситуации) Потребителя, соблюдения рекомендаций лечащего врача, установленного режима лечения и по другим, независящим от Исполнителя причинам.

2.8. Ортодонтическое лечение состоит из трех этапов различных по времени:

- аппаратное лечение 1-5 лет (в зависимости от клинической ситуации и выполнении рекомендаций врача);
- 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 аппаратное лечение в зависимости от того, как будут прорезываться остальные зубы. Если исправление прикуса происходит во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение 5 лет.

3. Стоимость и порядок оплаты медицинских услуг

3.1. Стоимость лечения определяют исходя из согласованного с Заказчиком (Потребителем) плана лечения и в соответствии с прейскурантом, который действует на момент оказания услуги и размещен на сайте www.detstombel.belzdrav.ru и на информационных стендах Исполнителя и составляет сумму оплаченных Актов оказания услуг.

Объем, виды и стоимость медицинских услуг определяются в Приложении № 1, подписанном Заказчиком (Потребителем) непосредственно на приеме с лечащим врачом. Данный документ составляет неотъемлемую часть договора и выдается Заказчику (Потребителю) на руки.

3.2. Оказываемые по настоящему договору услуги застрахованному по добровольному медицинскому страхованию могут быть оплачены самим Потребителем либо его страховой компанией наличным или безналичным путем на основании счета (счета-фактуры, иного платежного документа), выписанного Исполнителем.

3.3. Порядок оплаты:

3.3.1. Оплата осуществляется Заказчиком по факту оказания каждой медицинской услуги в день приема согласно Плану лечения и Приложению №1 в течение периода лечения путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо путем использования национальных платежных инструментов с выдачей документа, подтверждающего оплату.

Стоимость лингвальных брекетов INCOGNITO, WIN, изготовленных в лабораториях Германии, оплачиваются в размере 100% предоплаты, оставшаяся часть суммы за ортодонтическое лечение оплачивается в течение 8-24 месяцев.

3.4. В стоимость лечения не входят случаи, указанные в п.2.5 настоящего договора, а также рентгеновские исследования (КТ, ОПТГ, Rg).

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Провести полноценный клинический осмотр, диагностическое обследование в полном объеме и на основании установленного диагноза составить предварительный план лечения.

4.1.2. Ознакомить Потребителя с вариантами лечения, согласовать и подписать Предварительный план лечения.

4.1.3. Результаты осмотра и выводы, развитие возможных осложнений отразить в медицинской карте.

4.1.4. Ставить в известность Потребителя о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

4.1.5. Изменение утвержденного плана лечения отражается в медицинской карте.

4.1.6. Подписать информированное добровольное согласие Потребителя (Заказчика) на медицинское вмешательство.

4.1.7. По требованию Потребителя (Заказчика) предоставить смету.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Исполнитель имеет право самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Потребителя.

4.2.2. Исполнитель с согласия Потребителя (Заказчика) вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

4.2.3. В случае отсутствия лечащего врача либо в связи с иными объективными причинами назначить другого врача для проведения лечения с согласия Потребителя (заказчика).

4.2.4. Отменить (отсрочить) оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

4.2.5. Установить гарантийные обязательства в соответствии с Положением о предоставлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода»

4.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

4.3.1. Сообщить достоверные сведения о состоянии здоровья.

4.3.2. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно условиям договора.

4.3.3. Выполнять рекомендации и назначения лечащего врача (в том числе бережно относиться к изготовленным аппаратам, выполнять назначенный режим пользования съемными и несъемными аппаратами)

4.3.4. Соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

4.3.5. Удостоверить личной подписью Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг, Анкету здоровья.

4.3.6. С целью соблюдения гарантийных обязательств незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия, осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, не прибегая к помощи

других лечебных учреждений (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях), в случае обращения в другие стоматологические учреждения предоставить выписку (медицинское заключение).

4.3.7. Посещать учреждение Исполнителя 1 раз в 6 месяцев для планового профилактического осмотра, если иные сроки не указаны лечащим врачом.

4.3.8. Соблюдать Правила поведения в медицинской организации.

4.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге.

4.4.2. На получение качественной услуги в полном объеме, соответствующей стандартам, порядком оказания услуг, с соблюдением санитарных и гигиенических норм.

4.4.3. По заявлению Потребителя (Законного представителя Потребителя) получать на руки медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), без взимания дополнительной платы в течение 7 (семь) рабочих дней.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору по основаниям, предусмотренным ст. 13 Закона о защите прав потребителей, ст. 401 ГК РФ.

5.2. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств, будут разрешаться путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

Досрочное расторжение договора может иметь место по соглашению Сторон либо на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. Заключительные положения

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент (его представитель) подтверждает, что ознакомлен: с действующим Прейскурантом на медицинские услуги ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», Положением о предоставлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», Правилами поведения в медицинской организации ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», «Положением о порядке организации и предоставления платных медицинских услуг ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», условиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи.

7.2. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) предупрежден: об осуществлении Исполнителем видеосъемки во время оказания Услуг в целях предупреждения террористических актов, контроля качества оказания услуг (угроза жизни и здоровью Потребителя и повышения уровня удовлетворенности Потребителя(Заказчика) качеством оказываемых Исполнителем услуг. При этом Исполнитель гарантирует конфиденциальность видеоматериала с Потребителем и защиту его в соответствии с требованиями ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

7.3. Судебные тяжбы с Исполнителем невозможны, если персональные данные гражданина недостоверны.

7.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до « ____ » ____ 20 ____ г. В зависимости от клинической картины лечения срок договора может быть продлен путем подписания дополнительного соглашения между Сторонами.

7.5. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя (Заказчика). В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя.

Памятка-информация для Пациента (его представителя) с рекомендациями выдана на руки

(Ф.И.О. Потребителя(Заказчика))

8. Адреса и подписи Сторон:

ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода» г. Белгород, пр-т Славы, 58 ИНН 3123027512 КПП 312301001 ОГРН 1023101667511 8(4722) 27-15-50 От имени «Исполнителя» (подпись) (расшифровка)	ПОТРЕБИТЕЛЬ Паспорт, свидетельство о рождении (серия, номер) Кем выдан Адрес (по прописке) Телефон (подпись) / (расшифровка)	ЗАКАЗЧИК Паспорт (серия, номер, кем выдан) ОГРН, ИНН Юр. адрес /Адрес (по прописке) Телефон (подпись) / (расшифровка)
---	--	--

**Стоимость (смета) и виды медицинских услуг
согласно плану лечения в медицинской карте (образец)**

№ п.п.	Наименование услуг	Позиция по прейскуранту Исполнителя	Стоимость по прейскуранту Исполнителя	Общая стоимость услуги согласно прейскуранту Исполнителя
-----------	--------------------	---	---	--

Общая стоимость медицинских услуг: _____

Ориентировочный срок оказания услуг: _____

*Подписывается у лечащего врача непосредственно на приеме***