

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

на оказание платных ортодонтических медицинских услуг

г. Киров

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

**КОГБУЗ «Кировский клинический стоматологический центр»** (лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана 07.11.2018 бессрочно министерством здравоохранения Кировской области (610019 г. Киров ул. К. Либкнехта, 69, тел. 27-27-25) регистрационный номер лицензии: Л041-01160-43/00328187) по стоматологии: терапевтической, хирургической, ортопедической, детской; ортодонтии, другим услугам, оказываемым по лицензируемому виду деятельности), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Халявиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава и, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_ (медицинская карта № \_\_\_\_\_)  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_  
адрес места жительства: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель с согласия Пациента обязуется оказать Пациенту платные ортодонтические медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.
- 1.2. Услуги по настоящему договору оказываются Исполнителем в условиях амбулаторно-поликлинического приёма. Срок ожидания платных медицинских услуг согласовывается с Пациентом при записи на прием.
- 1.3. ФИО лечащего врача, выбранного Пациентом, который является работником Исполнителя и оказывает услуги Пациенту от имени Исполнителя, прописывается в приложении к настоящему договору.
- 1.4. Перечень услуг, оказываемых Пациенту по настоящему договору, и стоимость таких услуг, определяется сторонами и оформляется приложением(ями) к настоящему договору.
- 1.5. В связи с индивидуальными особенностями организма Пациента и сложностью оказываемых услуг, стороны подтверждают, что определить точный срок оказания услуг по настоящему договору невозможно. Услуги начинают оказываться Исполнителем Пациенту с момента подписания Договора и оказываются до исполнения сторонами обязательств по Договору.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. До начала лечения обеспечить подписание Пациентом Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
- 2.1.2. После подписания Пациентом Информированного добровольного согласия, указанного в п. 2.1.1. Договора, провести клинический осмотр, обследование Пациента для составления плана лечения.
- 2.1.3. Информировать Пациента о предполагаемом терапевтическом, хирургическом, ортопедическом, ортодонтическом лечении, применяемых материалах и их стоимости.
- 2.1.4. Приступить к реализации согласованного с Пациентом плана ортодонтического лечения только после подписания Пациентом Информированного добровольного согласия на ортодонтическое вмешательство, доведя до Пациента в доступной для него форме информацию о предполагаемом ходе лечения, его стоимости, возможном изменении согласованного лечения и изменении его стоимости, о возможных осложнениях при проведении лечения.
- 2.1.5. Оказать услуги в полном объеме согласно приложений к настоящему Договору надлежащего качества, с использованием имеющихся у него материалов и оборудования, в соответствии с общепринятыми методиками, в соответствии с порядками, стандартами, по установленному диагнозу, утвержденными в соответствии с требованиями Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".
- 2.1.6. Осуществлять лечение в соответствии с принципами медицинской этики, хранить врачебную тайну.

### 2.2. Исполнитель вправе:

- 2.2.1. После согласования с Пациентом вносить изменения в согласованный план лечения с обязательным внесением записи в медицинскую карту Пациента за его подписью и внесением изменений в Договор при изменении стоимости и перечня услуг, указанных в приложении к Договору.
- 2.2.2. В случае уважительной причины провести замену лечащего врача по согласованию с Пациентом.

### 2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. При заключении настоящего договора предъявить Исполнителю паспорт гражданина РФ, или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 2.3.2. После получения от Исполнителя всех необходимых разъяснений подписать Информированное добровольное согласие на ортодонтическое вмешательство, расписаться в медицинской карте в ознакомлении и согласии с выбранным планом лечения. Без подписания Информированного добровольного согласия оказание услуг Пациенту по настоящему договору не возможно.
- 2.3.3. Достоверно и в полном объёме сообщать всю информацию о своём здоровье при заполнении карты здоровья.
- 2.3.4. Выполнять все указания лечащего врача, все рекомендации по гигиене полости рта и уходу за ортодонтическим аппаратом, а также соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента и правила поведения Пациента в медицинских организациях.
- 2.3.5. Являться на прием в установленное время. О невозможности явки сообщить по телефону **64-26-51** и/или по адресу электронной почты [kstp@e-kirov.ru](mailto:kstp@e-kirov.ru) в срок не менее, чем за 24 часа до установленного времени.

2.3.6. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в ходе лечения. Сообщать об изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении врача.

#### **2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1. Получать всю необходимую информацию о ходе оказания ему услуг по настоящему договору. Информация должна быть достоверной, полной и доведена до Пациента в доступной для него форме.

2.4.2. В случае оказания ортодонтических стоматологических услуг ненадлежащего качества, предъявить требования, предусмотренные законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.92.

2.4.3. Потребовать от Исполнителя предоставления в доступной для него форме информации о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

При этом Пациент направляет такой запрос Исполнителю в письменной форме с указанием адреса почтовой и/или электронной почты, по которому такая информация должна быть предоставлена и в форме каких документов. Исполнитель обязан ответить на такой запрос в течение 30 дней

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, оплачиваются Пациентом по прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания услуг Пациенту.

3.2. Расчёты по Договору осуществляются в кассе Исполнителя в наличной и/или безналичной форме по выбору Пациента.

### **4. ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ**

4.1. Исполнителем устанавливаются гарантийные сроки на оказанные услуги в соответствии с Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», утверждённым у Исполнителя.

4.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент ознакомлен с утверждёнными Исполнителем: Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», «Сроки оказания услуг» и с «Правилами внутреннего распорядка (информация для пациентов)» (документы размещены на официальном сайте «кксп.рф» и на информационных стендах Исполнителя).

4.3. Стороны начинают исчислять срок гарантии с момента установки ортодонтического аппарата в кабинете врача. Срок гарантии не возобновляется при коррекции ортодонтического аппарата в процессе носки и прекращается в случае, если Пациент не носит аппарат.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. При расторжении Договора по соглашению сторон до окончания его исполнения (за исключением наступления форс-мажорных обстоятельств, ответственность при которых по Договору не наступает), Исполнитель возвращает Пациенту уплаченную сумму за вычетом фактически оказанного объема услуг и стоимости потраченных для этого материалов.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае недобросовестного выполнения Пациентом п. 2.3.3, 2.3.6. Договора, что послужило причиной возникновения осложнений в ходе лечения по Договору, а так же по окончании лечения.

5.3. В случае нарушения установленных сроков оказания услуг Исполнитель уплачивает Пациенту пеню в размере 3% от суммы за каждый день просрочки.

### **6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

6.1. Все обращения сторон будут считаться направленными по надлежащим адресам в случае их направления по адресам (в том числе по адресу электронной почты), указанным в Договоре.

6.2. Во всём, что не урегулировано Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.3. Любые изменения и дополнения к Договору оформляются сторонами в письменном виде.

6.4. Стороны договорились, что факсимильное воспроизведение подписи является допустимым в рамках настоящего договора

6.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

### **7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

**Пациент:**

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

**Исполнитель:**

**КОГБУЗ «ККСП» ОГРН 1184350012802 выдано свид-во 15.10.18.**

**ИФНС РФ по г. Кирову, ИНН 4345485120**

**Почтовый адрес: 610020 г. Киров ул. К. Либкнехта, 92**

**Адрес электронной почты: kstp@e-kirov.ru**

**тел.: (8-8332) 64-52-77; 64-26-51 факс 64-97-44**

Главный врач \_\_\_\_\_ /И. Н. Халыгина/