



Ответственный медицинский регистратор: \_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)  
Для заполнения на Пациента до 15 лет

**Согласие на обработку Клиникой моих (представляемого) персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка)

На законных основаниях и в интересах Пациента: \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество ребенка полностью)  
Дата рождения ребенка: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

В соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Клиникой моих (представляемого) персональных данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне (представляемому) платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне (представляемому) медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою (представляемого) медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне (представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Также я разрешаю предоставлять мою (представляемого) медицинскую информацию (в т.ч. документацию) следующим лицам, **участвующим в сопровождении ребенка на прием к врачу** (законных представителей ребенка не вписывать):

\_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_

(Фамилии, имена отчества иных (не законных представителей ребенка), которые будут сопровождать ребенка на прием без права согласования лечения)\*

\* для предоставления права незаконному представителю ребенка согласовывать лечение ребенка дополнительно требуется наличие доверенности от законного представителя ребенка)

- Кем Вы являетесь пациенту? \_\_\_\_\_
- Паспортные данные законного представителя пациента:  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан (когда): \_\_\_\_\_  
Выдан (кем): \_\_\_\_\_
- Номер Вашего телефона: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
- Адрес регистрации: \_\_\_\_\_
- Адрес проживания: \_\_\_\_\_
- Дата заполнения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование и составление плана лечения**

Я, \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка)

На законных основаниях и в интересах Пациента:

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество ребенка полностью)  
 Дата рождения ребенка: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент(ка), обратившись за медицинской помощью в ООО «Зубная Фея», 142400, Московская область, г. Ногинск, ул. Комсомольская, д. 24Б (далее по тексту – Клиника) в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) проинформирован(а) о том, что для определения состояния моего (представляемого) здоровья, получения сведений о наличии у меня (представляемого) того или иного заболевания, состояния, для установления моего (представляемого) медицинского диагноза и дальнейшего планирования и оказания необходимых медицинских услуг, мне (представляемому) необходимо пройти первичный план обследования и дальнейшее лечение. В связи с этим я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) в ООО «Зубная Фея» медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности на: *опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию; антропометрическое исследование; термометрию; тонометрию; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.*

Я проинформирован(а) и согласен(на), что общий план моего (представляемого) обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Клиники, но при необходимости я (представляемый) могу быть направлен на консультации и(или) диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я согласен(на) на оказание мне (представляемому) данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне (представляемому) Клиникой платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне (моему представляемому) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я информирован(на), что я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. Мне разъяснено и понятно то, что в соответствии с нормами законодательства такой отказ оформляется в письменной форме.

Я ознакомился(лась) и согласен(на) с: 1) Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО «Зубная Фея»; 2) Правилами внутреннего распорядка ООО «Зубная Фея»; 3) Прейскурантом на медицинские услуги ООО «Зубная Фея».

Я проинформирован(а) том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (представляемому) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я информирован(на) о том, что в соответствии со статьей 13 ФЗ № 323 моя (представляемого) медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне (представляемому) подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ;

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего (представляемого) здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего (представляемого) заболевания.

Я разрешаю врачам и должностным лицам Клиники делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне (представляемому) медицинских услуг и использовать их для научных, образовательных, рекламных, а также целей контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что идентификации меня (представляемого) как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ (дата заполнения: \_\_\_\_\_ )**

Фамилия, имя, отчество пациента: \_\_\_\_\_

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

! Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год): \_\_\_\_\_

По каждому пункту анкеты надо отвечать (поставить "галочку" слева от правильного ответа) ДА или НЕТ:

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
01 Заболевания сердца	ДА	НЕТ
02 Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
03 Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
04 Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
05 Инсульт	ДА	НЕТ
06 Повышенное артериальное давление	ДА	НЕТ
07 Пониженное артериальное давление	ДА	НЕТ
08 Заболевания легких	ДА	НЕТ
09 Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
10 Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
11 Заболевания печени	ДА	НЕТ
12 Заболевания почек	ДА	НЕТ
13 Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др.желез	ДА	НЕТ
14 Сахарный диабет	ДА	НЕТ
15 Сотрясения головного мозга	ДА	НЕТ
16 Эпилепсия	ДА	НЕТ
17 Заболевания центральной (ЦНС) и периферической (ПНС) нервной системы	ДА	НЕТ
18 Заболевания крови	ДА	НЕТ
19 Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
20 Заболевания уха, горла, носа	ДА	НЕТ
21 Глаукома ( повышенное внутриглазное давление)	ДА	НЕТ
22 Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
23 Заболевания кожи	ДА	НЕТ
24 Нейродермит	ДА	НЕТ
25 Проводилось исследование на СПИД (если ДА ,то когда: _____ результат (+/-): _____ )	ДА	НЕТ
26 Головные боли (в том числе беспричинные)	ДА	НЕТ
27 Венерические заболевания	ДА	НЕТ
28 Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др.лекарств	ДА	НЕТ
29 Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
30 Были операции: _____ ( месяц: _____ год: _____ )	ДА	НЕТ
31 Другие заболевания:	ДА	НЕТ
ВЫЯВЛЕНЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
Местные анестетики(какие: _____ )	ДА	НЕТ
Антибиотики (какие: _____ )	ДА	НЕТ
Сульфаниламиды(какие: _____ )	ДА	НЕТ
Препараты йода	ДА	НЕТ
Гормональные препараты	ДА	НЕТ
Другие лекарственные препараты:(какие: _____ )	ДА	НЕТ
Пыльцу и растения	ДА	НЕТ
Пищевые продукты	ДА	НЕТ
Шерсть животных	ДА	НЕТ
Другие вещества:	ДА	НЕТ
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
32 Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты	ДА	НЕТ
если ДА, то какие:		
33 Состою на учете в лечебном учреждении по поводу:	ДА	НЕТ
34 Последнее общемедицинское обследование проводилось, когда:	ДА	НЕТ
35 Проводилось переливание крови, когда:	ДА	НЕТ
36 Проводились инъекции (внутримышечные, подкожные и др.), когда:	ДА	НЕТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
37 Являюсь донором	ДА	НЕТ
38 Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и др.)	ДА	НЕТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		

39 В настоящее время испытываете острую зубную боль	ДА	НЕТ
40 При прохождении стоматологического лечения в прошлом были <b>аллергические реакции</b>	ДА	НЕТ
41 При прохождении стоматологич. лечения в прошлом были <b>продолжительное кровотечение</b>	ДА	НЕТ
42 При прохождении стоматологич.лечения в прошлом были <b>другие осложнения во время или после лечения:</b>	ДА	НЕТ
43 Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе (ВНЧС)	ДА	НЕТ
44 Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
45 Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
46 Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
47 Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
48 Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
49 Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
50 Запах изо рта	ДА	НЕТ
<b>Вредные привычки:</b>		
51 курение,	ДА	НЕТ
52 прием алкоголя	ДА	НЕТ
53 прием наркотических средств)	ДА	НЕТ
54 Укажите группу крови _____ резус-фактор _____	ДА	НЕТ
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ -ДЕТЕЙ</b>		
55 Данный визит к стоматологу для ребенка является первым?	ДА	НЕТ
56 Проводилось ли ранее стоматологическое лечения (не считая осмотр/консультации)?	ДА	НЕТ
57 Применение местной анестезии (обезболивание) при стоматологическом лечении?	ДА	НЕТ
58 Применение седации/ общего наркоза при проведении стоматологического лечения?	ДА	НЕТ
59 Ребенок испытывает страх к стоматологу?	ДА	НЕТ
60 Ребенок испытывает страх к другим врачам?	ДА	НЕТ
61 Ребенок испытывает страх к шумным приборам(машинка для стрижки волос, пылесос...)?	ДА	НЕТ
62 Отрицательный опыт лечения ( лечение с удержанием, отказ в лечении и др.)?	ДА	НЕТ
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>		
63 Вы беременны?	ДА	НЕТ
64 Являетесь кормящей матерью?	ДА	НЕТ
65 Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты?	ДА	НЕТ
66 Посещение врача-гинеколога в последние 6 мес.?	ДА	НЕТ

*Мои ответы на пункты анкеты были искренними. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:*

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- Результаты лечения, В случае приема лекарств перед посещением стоматолога, мне надо ему сообщить об этом
- Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждый год

СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

**Договор № \_\_\_\_\_ об оказании платных стоматологических услуг**

г.Ногинск

Дата: \_\_\_\_\_

Исполнитель информирует Пациента о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данная информация представлена на информационном стенде Исполнителя.

с данной информацией ознакомлен: \_\_\_\_\_ (подпись)

ООО «Зубная Фея», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (лицензия серия ЛО-50 № ЛО-50-01-004031 от 06.03.2013. выдана Министерством здравоохранения Московской области. Адрес: Московская область, г.Красногорск бульвар Строителей д.1. телефон: +7 (498) 602-03-01), в лице генерального директора Черыкаева Георгия Константиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия, имя, отчество законного представителя):

на законных основаниях и в интересах (фамилия, имя, отчество ребенка):

дата рождения ребенка: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

, именуемой(-го) в дальнейшем «Пациент» (потребитель медицинской услуги), а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:**

- 1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту, платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания (-ний), состояния (-ний), реабилитации, консультированию, а также иные услуги (далее – услуги), направленные на достижение цели договора, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.
- 1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя, указанных в его Прейскуранте (перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях), действующем на момент оказания услуги, и выражаются в оказании медицинской помощи, соответствующей юридическим, профессиональным и морально-этическим нормам, разрешенным на территории РФ и обязательным для данного вида деятельности. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что он ознакомился с Прейскурантом Исполнителя и имел возможность задать необходимые вопросы и получить на них ответы.
- 1.3. Целью оказания услуги является сохранение, продление, повышение качества жизни Пациента, восстановление, улучшение, поддержание его здоровья. Достижение цели договора зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с п. 4.2.4 настоящего договора.
- 1.4. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния здоровья, то Исполнитель, в силу специфики сферы оказания медицинских услуг, не может сдать, а Пациент – осуществить приемку такого результата. Поэтому доказательством оказания услуг по настоящему договору служит выписной эпикриз из амбулаторной карты стоматологического пациента или иная выписная медицинская документация, равно как и соответствующие записи в дневнике амбулаторной карты пациента, свидетельствующие о факте исполнения Исполнителем взятых на себя обязательств.
- 1.5. В том случае, если результат оказания медицинской услуги носит материальный характер, что выражается в эстетических характеристиках зубопротезных и иных стоматологических конструкций, пломб, реставраций и т.п., а именно: в соответствии их формы и цвета выбору, зафиксированному в ходе лечения Пациентом, а также его желаниям и ожиданиям, то Исполнитель осуществляет сдачу, а Пациент приемку такого результата, так как это не требует от него наличия специальных знаний и квалификации. Приемка Пациентом вышеуказанных критериев фиксируется в амбулаторной карте стоматологического пациента или иной медицинской документации, что лишает Пациента права в дальнейшем ссылаться на такие недостатки услуги.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ:**

- 1.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в месте осуществления деятельности по адресу: 142400, Московская область, г. Ногинск, ул. Комсомольская, д. 24Б, а также в медицинских организациях, имеющих с ним соответствующие договоры. Услуги оказываются исходя из перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: **1.** Доврачебная медицинская помощь: сестринское дело; **2.** Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь при осуществлении специализированной медицинской помощи: ортодонтия, детская стоматология, стоматология хирургическая.
- 1.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием или в порядке установленной очереди. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной, факсимильной и иной связи, включая возможность

записи на прием на интернет-сайте Исполнителя по адресу: [www.t-fairy.ru](http://www.t-fairy.ru). Телефон регистратуры: +7 (496) 514-51-20; Тел/факс: +7 (496) 514-51-20.

- 1.3. График работы Исполнителя: в будние дни с 8:30 до 21.00, 14.30-15.00 санитарный час, в выходные дни с 10.00 до 19.00. Прием врачей-специалистов осуществляется по скользящему графику, утверждаемому главным врачом, информацию о котором можно получить в регистратуре Исполнителя, на его информационном стенде или интернет-сайте.
- 1.4. На первичном приеме каждого врача -специалиста (детский стоматолог, ортодонт, хирург-стоматолог) составляется предварительный рекомендованный план лечения, включающий в себя полный комплекс лечения, необходимый для лечения конкретного Пациента. Составление данного предварительного плана лечения является обязательным условием первичного приема у конкретного специалиста, а также повторного приема, если последний визит к этому специалисту был более 12 мес. назад. Составленный план лечения отражает необходимый объем оказания стоматологического лечения у конкретного специалиста, а также стоимость и ориентировочные сроки. Пациент на любом этапе лечения может отказаться от начала или продолжения лечения согласно составленному плану лечения при условии оплаты фактически оказанных услуг.
- 1.5. Исполнитель не гарантирует выполнение Плана лечения в рамках первичного приема, за исключением случаев приема по «острой боли».
- 1.6. В случае, если в ходе исполнения настоящего Договора, потребуется оказание Пациенту дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, то такие услуги оказываются Исполнителем незамедлительно и без взимания платы.
- 1.7. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются при наличии соответствующих заявлений и (или) информированных добровольных согласий Пациента на медицинские вмешательства в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 1.8. Сроки оказания медицинских услуг в рамках действующего Договора зависят от объема услуг и течения заболевания. При составлении Плана лечения врач ориентировочно определяет сроки выполнения Плана лечения.
- 1.9. Срок изготовления ортодонтической работы составляет 21 день со дня согласования ортодонтического лечения.
- 1.10. В «Правилах внутреннего распорядка ООО «Зубная Фея» отражена дополнительная информация по условиям и порядкам оказания медицинских услуг на территории Исполнителя. Пациенту необходимо ознакомиться с этим документом на информационном стенде Исполнителя.

### 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ:

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Пациентом по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках плана лечения. Стоимость согласуемого с Пациентом плана лечения, отражается в амбулаторной карте стоматологического пациента (иной медицинской документации) и действует в течение трех месяцев с учетом п. 3.2 договора, а далее непоплаченная часть стоимости лечения будет пересчитана по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги. План лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, которые смогут повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а, следовательно, и его стоимости. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Такие изменения и дополнения оказываемых медицинских услуг подлежат оплате Пациентом при условии предварительного получения его согласия, а также без получения такового в случае, указанном в п. 4.3.4.

#### 3.2. Оплата медицинских услуг Пациентом производится в следующем порядке:

3.2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги до или сразу после их оказания по своему выбору, но с учетом п. 3.2.2. и п.3.2.3. настоящего договора.

3.2.2. Стоимость **Первичного приема** каждого(!) врача-специалиста (детского стоматолога, стоматолога-хирурга, ортодонта) составляет **500 руб.**(650 руб.- в случае первичного приема у главного врача клиники) вне зависимости от цели визита или приема. **Повторные приемы** у врача специалиста в течение года от последнего обращения оплате не подлежат. В случае отказа от запланированного приема по причине отказа ребенка от лечения или прием неконтактного ребенка "с удержанием" взимается оплата в размере **1130 руб.**

3.2.3. На стоимость ортодонтического лечения с применением несъемной брекет-системы предоставляется рассрочка на срок ортодонтического лечения с обязательными ежемесячными платежами в размере , указанными в плане лечения. В случае необходимости продолжения ортодонтического лечения по окончании всех ежемесячных платежей, дальнейшее лечение считается оплаченным. И наоборот, в случае завершения ортодонтического лечения в более короткие сроки, чем предусмотрено в плане лечения, заказчик обязан оплатить остаток всех предусмотренных платежей на момент окончания ортодонтического лечения.

3.2.4. При оплате ортодонтического лечения с помощью несъемной брекет-системы, стоимость применения аппаратуры подлежит 100% оплате в срок не позднее, чем за 14 дней до процедуры фиксации аппаратуры.

3.2.5. При оплате ортодонтического лечения с помощью съемной системы, оплата изготовления ортодонтической системы подлежит не менее 30% стоимости работы в день согласования ортодонтического лечения. Оставшаяся сумма оплачивается полностью в день сдачи работы.

3.2.4. В клинике ООО «Зубная Фея» на оказание медицинских услуг по ортодонтии и детской стоматологии главным врачом клиники действителен отдельный прайс-лист: с 30% надбавкой относительно стандартного прайс- листа.

3.2.5. Стоимость, отраженная в предварительном плане лечения, фиксирована в течение 3х мес. от даты его составления. Объем стоматологического лечения, а соответственно стоимость и сроки, отраженные в плане лечения, также могут изменяться с предварительным согласованием с Пациентом, согласно п.3.1. договора

3.3. Плательщиком по настоящему Договору является «Заказчик»

3.4. Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору наличными денежными средствами производится в кассу ООО «Зубная Фея» с выдачей Пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца). Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.5. Исполнитель может принять в качестве способа расчета за оказанные Пациенту услуги оплату от страховой медицинской организации, с которой у Пациента заключен договор медицинского страхования, при условии предъявления Пациентом страхового полиса, а также в случае, если Исполнитель включен в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации программы медицинского страхования вышеуказанной страховой организации.

3.7. Излишне оплаченные Пациентом суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.8. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором.

3.9. В случае, если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент оплачивает стоимость ранее оказанных ему услуг, а также возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом.

3.10. В случае 2х(двух) и более отмен запланированных визитов со стороны Пациента, последующая запись на прием возможна только после 50% предоплаты стоимости запланированного на данный день лечения. При последующей отмене визита по инициативе Пациента данная предоплата не возвращается и при последующих расчетах за лечение не учитывается.

3.11. В случае направления Пациента в сторонние медицинские или иные организации, оказанные Пациенту услуги оплачиваются последним на территории таких организаций согласно их правилам и тарифам.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Пациент имеет право:

4.1.1. На информацию об Исполнителе и оказываемой медицинской услуге;

4.1.2. На безопасность оказываемой услуги;

4.1.3. На соблюдение Исполнителем разумных сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики, течения заболевания, наличия осложнений. Приблизительный срок оказания медицинских услуг указывается в плане лечения, согласуемом с Пациентом и отраженном в амбулаторной карте стоматологического пациента (иной медицинской документации). Сроки оказания медицинских услуг указываются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и иными нормами законодательства, регулирующими данный вопрос;

4.1.4. На соблюдение качества и отсутствие дефектов медицинской помощи при разумном соответствии действий Исполнителя, в условиях обоснованного риска, тяжести заболевания, состояния Пациента или иным объективным условиям оказания услуги;

4.1.5. На информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги или привести к невозможности исполнения Договора;

4.1.6. На отказ от оплаты услуги, не предусмотренной договором;

4.1.7. В любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных ему услуг и суммы фактически понесенных Исполнителем расходов;

4.1.8. На реализацию иных прав, предусмотренных его специальным статусом - потребителя в сфере медицинских услуг. С информацией о таких правах Пациент может ознакомиться в «Правилах внутреннего распорядка ООО «Зубная Фея», размещенных на информационном стенде Исполнителя;

4.1.9. На иные права в соответствии с законодательством РФ.

4.2. Пациент обязан:

4.2.1. Оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, предусмотренном настоящим договором;

4.2.2. Ознакомиться и выполнять правила внутреннего распорядка Исполнителя, указанные в п. 2.6 настоящего договора.

4.2.3. Информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.2.4. Оказывать содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской помощи и надлежащему исполнению договора. Применительно к специфике медицинской услуги такими действиями являются:

- Предоставление необходимой Исполнителю объективной и полной информации на всех этапах диагностики, профилактики и лечения (в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, наличии опасных для общества заболеваниях и т.д.);
- Немедленное извещение Исполнителя, либо посещение его для оказания медицинской помощи при появлении боли, дискомфорта и других жалоб, как в период лечения, так и после его окончания;

- Точное выполнение рекомендаций Исполнителя, его медикаментозных и иных назначений;
- Соблюдение запланированных сроков приема, включая частоту прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее;
- Явка на прием в строго назначенное время, а в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, мешающих явке – информирование Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги.

#### 4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору при условии наличия у Пациента способности выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента в случае возникновения одного и более из ниже перечисленных обстоятельств:

- невозможность обеспечить безопасность услуги;
- возникновение медицинских противопоказаний для оказания услуги;
- иная невозможность оказать медицинскую услугу.

4.3.2. Исполнитель информирует Пациента, что состояние неспособности выразить свою волю не распространяется на состояние, вызванное общей анестезией, проводимой по желанию и с согласия Пациента;

4.3.3. Не приступать к оказанию услуг в случаях нарушения Пациентом своих обязанностей по договору, препятствующих исполнению Исполнителем договора при условии наличия у Пациента способности выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента;

4.3.4. В ситуации способности Пациента выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента определять и менять в процессе оказания услуги объем и специфику медицинской помощи с согласия Пациента;

4.3.5. Самостоятельно принимать решение об изменении по медицинским показаниям ранее согласованного с Пациентом плана лечения по причине возникновения непредвиденных обстоятельств во время проведения общей анестезии и невозможности получения согласия Пациента из-за его временной неспособности выражать свою волю или в связи с отсутствием его представителей;

4.3.6. Самостоятельно принимать решение о проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством РФ;

4.3.7. Переносить или отменять время приема Пациента в случае его опоздания более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени приема. А также отменять визит пациента, который не был подтвержден накануне визита.

4.3.8. Привлекать других лиц к исполнению своих обязательств по договору для обеспечения возможности их исполнения (например, зуботехнические лаборатории), а также направлять Пациента в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях безопасности и (или) повышения качества оказываемых медицинских услуг.

#### 4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. Исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями делового этикета или иными обычно предъявляемыми требованиями;

4.4.2. Оказывать услуги своевременно при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство;

4.4.3. Использовать методы профилактики, диагностики и лечения в установленном действующим законодательством порядке, а также обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов и медицинских изделий;

4.4.4. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, обязательными для данного вида деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

4.4.5. Предоставлять Пациенту в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, их эффективности и связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения;

4.4.6. Обеспечивать Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения услуг, а также сведения об образовании и квалификации и медицинских работников;

4.4.7. Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с законодательством РФ;

4.4.8. Обеспечивать надлежащий уровень образования и квалификации медицинских работников за счет проведения необходимой профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников в соответствии с трудовым законодательством РФ;

4.4.9. В случае наличия способности Пациента выразить свою волю и при отсутствии экстренных показаний для устранения угрозы его жизни, немедленно предупредить Пациента и до получения от него указаний приостановить



оказание услуги при обнаружении обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги, на ее безопасность или возможность ее оказания в намеченный срок;

4.4.10. Обеспечить Пациента в доступной для него форме информацией о правилах и условиях эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему медицинской услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований. Такая информация выдается Пациенту в виде рекомендаций установленного образца, что фиксируется в листе получения рекомендаций Пациентом (иной документации).

## 5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА:

### 5.1. Исполнитель гарантирует Пациенту:

5.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, обязательными для данного вида деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

5.1.2. Использовать методы профилактики, диагностики и лечения в установленном действующим законодательством порядке, а также обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов и медицинских изделий;

5.1.3. Безопасность оказываемой медицинской услуги;

5.1.4. Обеспечивать надлежащий уровень образования и квалификации медицинских работников за счет проведения необходимой профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников в соответствии с трудовым законодательством РФ;

5.1.5. Стороны согласны с тем, что достижение положительного результата оказания медицинской услуги зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с п. 4.2.4 Договора.

5.1.6. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния стоматологического здоровья, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

### 5.2. Сроки гарантии и сроки службы:

5.2.1. Гарантийные сроки на такие изделия, используемые при оказании медицинской помощи, указаны в настоящем разделе и обозначают срок, в течение которого изготовитель ручается за функциональные и качественные свойства изделия, т.е. отсутствие его дефектов, при условии соблюдения Пациентом правил пользования таким изделием. Эти сроки не учитывают взаимодействие с тканями человека, а также непредсказуемую реакцию человеческого организма на то или иное медицинское вмешательство, поэтому гарантийные сроки могут быть приняты лишь как ориентировочные, условные. Исполнителем приведены данные, взятые из специальной литературы и общепринятой стоматологической практики.

В подавляющем большинстве случаев фактические сроки службы превышают сроки гарантии, но решающим фактором является надлежащее выполнение Пациентом правил и условий эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему медицинской услуги. Такая информация выдается Пациенту в виде рекомендаций установленного образца и включает в себя:

- перечень надлежащих действий Пациента как до, так и после медицинского вмешательства;
- медикаментозные и иные назначения Исполнителя;
- частота прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее.

#### Терапевтическая детская стоматология:

Пломбы и иные реставрационные материалы (исключение - временные пломбы, в том числе реставрация любым материалом зуба, подлежащего дальнейшему протезированию):

гарантийный срок - 2 года; срок службы - 4 года

*На лечение неосложненного кариеса (средний, глубокий кариес) - в случае возникновения осложнения кариеса в течение гарантийного срока – пациент оплачивает стоимость лечения корневого (-ых) канала(-ов), а дальнейшее восстановление коронковой части зуба – будет выполнено без дополнительной оплаты. Если, в данном случае, после лечения корневого(-ых) канала(-ов) потребуются ортопедическое восстановление коронковой части зуба, то сумма оплаты за лечение неосложненного кариеса в течение гарантийного срока будет учтена при оплате за ортопедическую реставрацию зуба.*

#### Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)

- Первичное лечение корневых каналов зуба с диагнозом "Пульпит", лечение зуба (временного или постоянного) методом пульпотомии (частичное удаление пульпы):

гарантийный срок - 2 года; срок службы - 4 года

- Лечение корневых каналов зуба с диагнозом "Периодонтит" (первичное или повторное лечение), лечение корневых каналов с незаконченным формированием корней, повторное лечение корневых каналов:

гарантийный срок - 1 год; срок службы 2 года

*На лечение осложненного кариеса (пульпит, периодонтит) - в случае возникновения осложнения в течение гарантийного срока, если потребуются перелечивание корневых каналов или удаление данного зуба, то пациент не оплачивает стоимость данных работ (перелечивание корневых каналов, удаление зуба). Дальнейшее протезирование зуба, в случае необходимости, подлежит оплате пациентом в соответствии с действующим прейскурантом.*

#### Ортодонтическая стоматология:

- Съёмные заместительные протезы- гарантийный срок – 1 мес., срок службы – 1 год
- Съёмные пластинки для расширения- гарантийный срок – 1 мес., срок службы – 6 мес.
- Несъёмный ретенционный аппарат- гарантийный срок – 6 мес., срок службы – 12 мес.
- A. Съёмный ретенционный аппарат- гарантийный срок – 3 мес., срок службы – 6 мес.
- Силиконовые трейнеры –не распространяются
- Несъёмные ортодонтические конструкции - гарантийный срок - 3 мес., срок службы 12 мес.
- Брекет-система - гарантийный срок 24 мес., срок службы 48 мес.
- Одиночные культевые вкладки – гарантийный срок – 2 года, срок службы – 5 лет
- Временные пластмассовые коронки- гарантийный срок- 3 мес., срок службы- 1 год.

#### 5.3. Гарантийные сроки не распространяются:

5.3.1. При отказе пациента от гарантийных обязательств, при подписании им соответствующего добровольного информированного согласия.

5.3.2. Гарантийные сроки могут быть уменьшены или отсутствовать вовсе при наличии у Пациента определенных заболеваний организма, способных влиять на зубочелюстную систему (ревматические заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, некоторые виды авитаминозов и многие другие).

5.3.3. Гарантийные сроки не распространяются на все случаи внешнего воздействия на зубочелюстную систему, каковыми могут быть травмы, перекусывание особо твердых предметов, сильное химическое, термическое, радиационное воздействие и пр.

5.3.4. Гарантийные сроки не распространяются при заболевании бруксизмом (скрежет зубами), даже если было проведено лечение этого заболевания.

5.3.5. В случае обоснованных претензий Пациента по поводу недостатков медицинской услуги он имеет все права, предусмотренные Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее по тексту – ЗоЗПП) и иными нормативными правовыми актами РФ. С ЗоЗПП можно ознакомиться на информационной доске Исполнителя.

#### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

6.1. Стороны несут друг перед другом ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения и ухудшения заболевания (-ний), состояния (-ний) Пациента вследствие нарушения самим Пациентом условий настоящего Договора, в частности, невыполнения им предписаний и рекомендаций Исполнителя.

6.4. Невыполнение Пациентом своих обязанностей по настоящему Договору признается его виновными действиями

6.5. Исполнитель не несет ответственности за изменение сроков оказания медицинских услуг, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на назначенный прием, либо невыполнением Пациентом в назначенные Исполнителем сроки необходимых рекомендаций, обследований, специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно.

6.6. Пациент соглашается с тем, что он не будет иметь претензий по поводу результатов оказанной услуги, в случае если такие результаты были изменены в ходе оказания ему медицинских услуг другими медицинскими организациями.

6.7. Пациент согласен принять на себя ответственность за результат услуги, оказываемой по его настоянию и вопреки рекомендациям врача. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят вреда здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения обязанностей Пациента, указанных в Договоре.

6.8. При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков расчета за оказанные услуги Пациент уплачивает Исполнителю неустойку в размере 1% (один процент) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

## 7. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО ДОГОВОРА:

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 11 (Одиннадцати) месяцев или до момента выполнения плана лечения, указанного в амбулаторной карте Пациента.
- 7.2. Окончание срока действия договора не влечет за собой прекращения обязательств сторон по данному договору. Договор признается действующим до определенного в нем момента окончания исполнения сторонами обязательств.
- 7.3. При последующем обращении Пациента к Исполнителю за оказанием ему платных медицинских услуг после окончания срока действия договора, настоящий договор считается автоматически перезаключенным (продолженным), если ни одна из сторон не выразила своих требований по поводу изменения его положений.

## 8. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА:

- 8.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.
- 8.2. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии соблюдения требований, предусмотренных п. 4.1.7 и п. 4.3.1 настоящего Договора, о чем обязана уведомить другую сторону в письменной форме, вследствие чего договор будет считаться прекратившим свою силу с момента получения соответствующей стороной такого уведомления.

## 9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ:

- 9.1. Все разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, приняв на себя дополнительное обязательство проходить стадию досудебного урегулирования спора и обращаться за судебной защитой при полном или частичном недостижении заявленных в претензии требований.
- 9.2. По требованию любой из сторон может быть назначена независимая экспертиза (оценка) качества оказанных медицинских услуг. Расходы на такую экспертизу (оценку) несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по обоюдному согласию сторон, в том числе касательно выбора эксперта (специалиста), расходы делятся поровну.
- 9.3. Разногласие, в отношении которого стороны достигли соглашения, подлежит занесению в лист урегулированных споров.
- 9.5. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ в суде г. Ногинске по месту нахождения Исполнителя или по месту заключения и исполнения настоящего Договора или в суде по месту жительства или пребывания Пациента.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

- 10.1. Сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и подлежат разглашению только при согласии Пациента на их распространение неограниченному или строго определенному кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

В случаях предоставления Пациенту сторонними медицинскими организациями медицинских услуг, направленных на достижение цели настоящего Договора или иным образом связанных с исполнением настоящего Договора, Пациент, подписывая настоящий Договор, выражает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем указанными медицинскими организациями сведениями, составляющими его врачебную тайну.

- 10.2. Обработка персональных данных Пациента выполняется с учетом требований ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных».

10.3. Исполнитель информирует Пациента, что зубочелюстную систему следует воспринимать как единое целое, все части которого тесно взаимосвязаны друг с другом, и заболевание или недостаточность части органов и тканей зубочелюстной системы ведет к патологическому функционированию всей системы в целом. Отсюда следует невозможность здоровья лишь элемента зубочелюстной системы при отсутствии здоровья системы в целом. Поэтому, отказываясь от комплексного лечения, Пациент осознаёт всю тяжесть последствий такого решения и принимает все возможные негативные последствия.

- 10.4. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

10.5. В случае изменения у Сторон местонахождения, названия, банковских реквизитов и прочего они обязаны известить об этом другую Сторону в разумные сроки.

10.6. Права и обязанности Пациента осуществляются его представителем в силу и в пределах полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления, в пределах установленных законодательством РФ. Представитель для подтверждения своих прав представляет Исполнителю соответствующие документы, удостоверяющие его статус и полномочия.

- 10.7. Следующие приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

Приложение №1 "План лечения"

- 10.8. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

<p style="text-align: center;"><u>Исполнитель</u></p> <p style="text-align: center;">Организация с ограниченной ответственностью (ООО) «Зубная Фея»</p> <p>Юридический и фактический адрес: 142400, Московская область г.Ногинск ул.Комсомольская д.24Б тел.: +7 (496) 514-51-20</p> <p style="text-align: center;">официальный сайт: <a href="http://www.T-fairy.ru">www.T-fairy.ru</a></p> <p>Код по ОКПО 11775939 Коды по ОКВЭД 85.13 ИНН/ КПП 5031102192/ 503101001 ОГРН 1125031003371 Расчетный счет №407.028.101.036.001.424.30 ОАО Банк «Возрождение г. Москвы Ногинский филиал БИК 044525181 Корр.счет №301.018.109.000.000.001.81 Генеральный Директор _____ /Г.К.Черыкаев/  Дата: _____</p> <p style="text-align: center;">МП</p>	<p style="text-align: center;"><u>Представитель Пациента (Фамилия И.О.):</u></p> <p>_____</p> <p>на законных основаниях и в интересах (Фамилия И.О. ребенка)</p> <p>_____</p> <p>_____ года рождения (ребенка)</p> <p>Паспортные данные законного представителя ребенка:</p> <p>ПАСПОРТ: серия _____ номер _____</p> <p>выдан (кем): _____</p> <p>выдан (когда): _____</p> <p>Адрес регистрации: _____</p> <p>_____</p> <p>Подпись законного представителя ребенка: _____</p> <p>Дата: _____</p>
---	--

**ЗУБНАЯ ФЕЯ**  
СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

**Договор № \_\_\_\_\_ об оказании платных стоматологических услуг**

г.Ногинск

Дата: \_\_\_\_\_

Исполнитель информирует Пациента о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данная информация представлена на информационном стенде Исполнителя.

с данной информацией ознакомлен: \_\_\_\_\_ (подпись)

ООО «Зубная Фея», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (лицензия серия ЛО-50 № ЛО-50-01-004031 от 06.03.2013. выдана Министерством здравоохранения Московской области. Адрес: Московская область, г.Красногорск бульвар Строителей д.1. телефон: +7 (498) 602-03-01), в лице генерального директора Черыкаева Георгия Константиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия, имя, отчество законного представителя):

на законных основаниях и в интересах (фамилия, имя, отчество ребенка):

дата рождения ребенка: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

, именуемой(-го) в дальнейшем «Пациент» (потребитель медицинской услуги), а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:**

- 4.1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту, платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания (-ний), состояния (-ний), реабилитации, консультированию, а также иные услуги (далее – услуги), направленные на достижение цели договора, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.
- 4.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя, указанных в его Прейскуранте (перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях), действующем на момент оказания услуги, и выражаются в оказании медицинской помощи, соответствующей юридическим, профессиональным и морально-этическим нормам, разрешенным на территории РФ и обязательным для данного вида деятельности. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает то, что он ознакомился с Прейскурантом Исполнителя и имел возможность задать необходимые вопросы и получить на них ответы.
- 4.3. Целью оказания услуги является сохранение, продление, повышение качества жизни Пациента, восстановление, улучшение, поддержание его здоровья. Достижение цели договора зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с п. 4.2.4 настоящего договора.
- 4.4. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния здоровья, то Исполнитель, в силу специфики сферы оказания медицинских услуг, не может сдать, а Пациент – осуществить приемку такого результата. Поэтому доказательством оказания услуг по настоящему договору служит выписной эпикриз из амбулаторной карты стоматологического пациента или иная выписная медицинская документация, равно как и соответствующие записи в дневнике амбулаторной карты пациента, свидетельствующие о факте исполнения Исполнителем взятых на себя обязательств.
- 4.5. В том случае, если результат оказания медицинской услуги носит материальный характер, что выражается в эстетических характеристиках зубопротезных и иных стоматологических конструкций, пломб, реставраций и т.п., а именно: в соответствии их формы и цвета выбору, зафиксированному в ходе лечения Пациентом, а также его желаниям и ожиданиям, то Исполнитель осуществляет сдачу, а Пациент приемку такого результата, так как это не требует от него наличия специальных знаний и квалификации. Приемка Пациентом вышеуказанных критериев фиксируется в амбулаторной карте стоматологического пациента или иной медицинской документации, что лишает Пациента права в дальнейшем ссылаться на такие недостатки услуги.

**5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ:**

- 1.11. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в месте осуществления деятельности по адресу: 142400, Московская область, г. Ногинск, ул. Комсомольская, д. 24Б, а также в медицинских организациях, имеющих с ним соответствующие договоры. Услуги оказываются исходя из перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: **1.** Доврачебная медицинская помощь: сестринское дело; **2.** Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь при осуществлении специализированной медицинской помощи: ортодонтия, детская стоматология, стоматология хирургическая.
- 1.12. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием или в порядке установленной очереди. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной, факсимильной и иной связи, включая возможность записи на прием на интернет-сайте Исполнителя по адресу: [www.t-fairy.ru](http://www.t-fairy.ru). Телефон регистратуры: +7 (496) 514-51-20; Тел/факс: +7 (496) 514-51-20.

- 1.13. График работы Исполнителя: в будние дни с 8:30 до 21.00, 14.30-15.00 санитарный час, в выходные дни с 10.00 до 19.00. Прием врачей-специалистов осуществляется по скользящему графику, утверждаемому главным врачом, информацию о котором можно получить в регистратуре Исполнителя, на его информационном стенде или интернет-сайте.
- 1.14. На первичном приеме каждого врача -специалиста (детский стоматолог, ортодонт, хирург-стоматолог) составляется предварительный рекомендованный план лечения, включающий в себя полный комплекс лечения, необходимый для лечения конкретного Пациента. Составление данного предварительного плана лечения является обязательным условием первичного приема у конкретного специалиста, а также повторного приема, если последний визит к этому специалисту был более 12 мес. назад. Составленный план лечения отражает необходимый объем оказания стоматологического лечения у конкретного специалиста, а также стоимость и ориентировочные сроки. Пациент на любом этапе лечения может отказаться от начала или продолжения лечения согласно составленному плану лечения при условии оплаты фактически оказанных услуг.
- 1.15. Исполнитель не гарантирует выполнение Плана лечения в рамках первичного приема, за исключением случаев приема по «острой боли».
- 1.16. В случае, если в ходе исполнения настоящего Договора, потребуются оказание Пациенту дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, то такие услуги оказываются Исполнителем незамедлительно и без взимания платы.
- 1.17. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются при наличии соответствующих заявлений и (или) информированных добровольных согласий Пациента на медицинские вмешательства в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 1.18. Сроки оказания медицинских услуг в рамках действующего Договора зависит от объема услуг и течения заболевания. При составлении Плана лечения врач ориентировочно определяет сроки выполнения Плана лечения.
- 1.19. Срок изготовления ортодонтической работы составляет 21 день со дня согласования ортодонтического лечения.
- 1.20. В «Правилах внутреннего распорядка ООО «Зубная Фея» отражена дополнительная информация по условиям и порядкам оказания медицинских услуг на территории Исполнителя. Пациенту необходимо ознакомиться с этим документом на информационном стенде Исполнителя.

## 6. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ :

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Пациентом по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках плана лечения. Стоимость согласуемого с Пациентом плана лечения, отражается в амбулаторной карте стоматологического пациента (иной медицинской документации) и действует в течение трех месяцев с учетом п. 3.2 договора, а далее неоплаченная часть стоимости лечения будет пересчитана по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги. План лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, которые смогут повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а, следовательно, и его стоимости. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Такие изменения и дополнения оказываемых медицинских услуг подлежат оплате Пациентом при условии предварительного получения его согласия, а также без получения такового в случае, указанном в п. 4.3.4.

3.2. Оплата медицинских услуг Пациентом производится в следующем порядке:

3.2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги до или сразу после их оказания по своему выбору, но с учетом п. 3.2.2. и п.3.2.3. настоящего договора.

3.2.2. Стоимость **Первичного приема** каждого(!) врача-специалиста (детского стоматолога, стоматолога-хирурга, ортодонта) составляет **500 руб.**(650 руб.- в случае первичного приема у главного врача клиники) вне зависимости от цели визита или приема. **Повторные приемы** у врача специалиста в течение года от последнего обращения оплате не подлежат. В случае отказа от запланированного приема по причине отказа ребенка от лечения или прием неконтактного ребенка "с удержанием" взимается оплата в размере **1130 руб.**

3.2.3. На стоимость ортодонтического лечения с применением несъемной брекет-системы предоставляется рассрочка на срок ортодонтического лечения с обязательными ежемесячными платежами в размере , указанными в плане лечения. В случае необходимости продолжения ортодонтического лечения по окончании всех ежемесячных платежей, дальнейшее лечение считается оплаченным. И наоборот, в случае завершения ортодонтического лечения в более короткие сроки, чем предусмотрено в плане лечения, заказчик обязан оплатить остаток всех предусмотренных платежей на момент окончания ортодонтического лечения.

3.2.4. При оплате ортодонтического лечения с помощью несъемной брекет-системы, стоимость применения аппаратуры подлежит 100% оплате в срок не позднее, чем за 14 дней до процедуры фиксации аппаратуры.

3.2.5. При оплате ортодонтического лечения с помощью съемной системы, оплата изготовления ортодонтической системы подлежит не менее 30% стоимости работы в день согласования ортодонтического лечения. Оставшаяся сумма оплачивается полностью в день сдачи работы.

3.2.4. В клинике ООО «Зубная Фея» на оказание медицинских услуг по ортодонтии и детской стоматологии главным врачом клиники действителен отдельный прайс-лист: с 30% надбавкой относительно стандартного прайс- листа.

3.2.5. Стоимость, отраженная в предварительном плане лечения, фиксирована в течение 3х мес. от даты его составления. Объем стоматологического лечения, а соответственно стоимость и сроки, отраженные в плане лечения, также могут изменяться с предварительным согласованием с Пациентом, согласно п.3.1. договора

3.3. Плательщиком по настоящему Договору является «Заказчик»

3.4. Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору наличными денежными средствами производится в кассу ООО «Зубная Фея» с выдачей Пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца). Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.5. Исполнитель может принять в качестве способа расчета за оказанные Пациенту услуги оплату от страховой медицинской организации, с которой у Пациента заключен договор медицинского страхования, при условии предъявления Пациентом страхового полиса, а также в случае, если Исполнитель включен в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации программы медицинского страхования вышеуказанной страховой организации.

3.7. Излишне оплаченные Пациентом суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.8. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором.

3.9. В случае, если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент оплачивает стоимость ранее оказанных ему услуг, а также возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом.

3.10. В случае 2х(двух) и более отмен запланированных визитов со стороны Пациента, последующая запись на прием возможна только после 50% предоплаты стоимости запланированного на данный день лечения. При последующей отмене визита по инициативе Пациента данная предоплата не возвращается и при последующих расчетах за лечение не учитывается.

3.11. В случае направления Пациента в сторонние медицинские или иные организации, оказанные Пациенту услуги оплачиваются последним на территории таких организаций согласно их правилам и тарифам.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

##### 4.1. Пациент имеет право:

4.1.1. На информацию об Исполнителе и оказываемой медицинской услуге;

4.1.2. На безопасность оказываемой услуги;

4.1.3. На соблюдение Исполнителем разумных сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики, течения заболевания, наличия осложнений. Приблизительный срок оказания медицинских услуг указывается в плане лечения, согласуемом с Пациентом и отраженном в амбулаторной карте стоматологического пациента (иной медицинской документации). Сроки оказания медицинских услуг указываются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и иными нормами законодательства, регулирующими данный вопрос;

4.1.4. На соблюдение качества и отсутствие дефектов медицинской помощи при разумном соответствии действий Исполнителя, в условиях обоснованного риска, тяжести заболевания, состояния Пациента или иным объективным условиям оказания услуги;

4.1.5. На информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги или привести к невозможности исполнения Договора;

4.1.6. На отказ от оплаты услуги, не предусмотренной договором;

4.1.7. В любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных ему услуг и суммы фактически понесенных Исполнителем расходов;

4.1.8. На реализацию иных прав, предусмотренных его специальным статусом - потребителя в сфере медицинских услуг. С информацией о таких правах Пациент может ознакомиться в «Правилах внутреннего распорядка ООО «Зубная Фея», размещенных на информационном стенде Исполнителя;

4.1.9. На иные права в соответствии с законодательством РФ.

##### 4.2. Пациент обязан:

4.2.1. Оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, предусмотренном настоящим договором;

4.2.2. Ознакомиться и выполнять правила внутреннего распорядка Исполнителя, указанные в п. 2.6 настоящего договора.

4.2.3. Информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.2.4. Оказывать содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской помощи и надлежащему исполнению договора. Применительно к специфике медицинской услуги такими действиями являются:

- Предоставление необходимой Исполнителю объективной и полной информации на всех этапах диагностики, профилактики и лечения (в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, наличии опасных для общества заболеваниях и т.д.);
- Немедленное извещение Исполнителя, либо посещение его для оказания медицинской помощи при появлении боли, дискомфорта и других жалоб, как в период лечения, так и после его окончания;
- Точное выполнение рекомендаций Исполнителя, его медикаментозных и иных назначений;

- Соблюдение запланированных сроков приема, включая частоту прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее;
- Явка на прием в строго назначенное время, а в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, мешающих явке – информирование Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги.

#### 4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору при условии наличия у Пациента способности выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента в случае возникновения одного и более из ниже перечисленных обстоятельств:

- невозможность обеспечить безопасность услуги;
- возникновение медицинских противопоказаний для оказания услуги;
- иная невозможность оказать медицинскую услугу.

4.3.2. Исполнитель информирует Пациента, что состояние неспособности выразить свою волю не распространяется на состояние, вызванное общей анестезией, проводимой по желанию и с согласия Пациента;

4.3.3. Не приступать к оказанию услуг в случаях нарушения Пациентом своих обязанностей по договору, препятствующих исполнению Исполнителем договора при условии наличия у Пациента способности выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента;

4.3.4. В ситуации способности Пациента выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента определять и менять в процессе оказания услуги объем и специфику медицинской помощи с согласия Пациента;

4.3.5. Самостоятельно принимать решение об изменении по медицинским показаниям ранее согласованного с Пациентом плана лечения по причине возникновения непредвиденных обстоятельств во время проведения общей анестезии и невозможности получения согласия Пациента из-за его временной неспособности выразить свою волю или в связи с отсутствием его представителей;

4.3.6. Самостоятельно принимать решение о проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством РФ;

4.3.7. Переносить или отменять время приема Пациента в случае его опоздания более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени приема. А также отменять визит пациента, который не был подтвержден накануне визита.

4.3.8. Привлекать других лиц к исполнению своих обязательств по договору для обеспечения возможности их исполнения (например, зуботехнические лаборатории), а также направлять Пациента в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях безопасности и (или) повышения качества оказываемых медицинских услуг.

#### 4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. Исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями делового этикета или иными обычно предъявляемыми требованиями;

4.4.2. Оказывать услуги своевременно при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство;

4.4.3. Использовать методы профилактики, диагностики и лечения в установленном действующим законодательством порядке, а также обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов и медицинских изделий;

4.4.4. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, обязательными для данного вида деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

4.4.5. Предоставлять Пациенту в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, их эффективности и связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения;

4.4.6. Обеспечивать Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения услуг, а также сведения об образовании и квалификации и медицинских работников;

4.4.7. Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с законодательством РФ;

4.4.8. Обеспечивать надлежащий уровень образования и квалификации медицинских работников за счет проведения необходимой профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников в соответствии с трудовым законодательством РФ;

4.4.9. В случае наличия способности Пациента выразить свою волю и при отсутствии экстренных показаний для устранения угрозы его жизни, немедленно предупредить Пациента и до получения от него указаний приостановить оказание услуги при обнаружении обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги, на ее безопасность или возможность ее оказания в намеченный срок;



4.4.10. Обеспечить Пациента в доступной для него форме информацией о правилах и условиях эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему медицинской услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований. Такая информация выдается Пациенту в виде рекомендаций установленного образца, что фиксируется в листе получения рекомендаций Пациентом (иной документации).

## 5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА:

### 5.1. Исполнитель гарантирует Пациенту:

5.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, обязательными для данного вида деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

5.1.2. Использовать методы профилактики, диагностики и лечения в установленном действующим законодательством порядке, а также обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов и медицинских изделий;

5.1.3. Безопасность оказываемой медицинской услуги;

5.1.4. Обеспечивать надлежащий уровень образования и квалификации медицинских работников за счет проведения необходимой профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников в соответствии с трудовым законодательством РФ;

5.1.5. Стороны согласны с тем, что достижение положительного результата оказания медицинской услуги зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с п. 4.2.4 Договора.

5.1.6. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния стоматологического здоровья, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

### 5.2. Сроки гарантии и сроки службы:

5.2.1. Гарантийные сроки на такие изделия, используемые при оказании медицинской помощи, указаны в настоящем разделе и обозначают срок, в течение которого изготовитель ручается за функциональные и качественные свойства изделия, т.е. отсутствие его дефектов, при условии соблюдения Пациентом правил пользования таким изделием. Эти сроки не учитывают взаимодействие с тканями человека, а также непредсказуемую реакцию человеческого организма на то или иное медицинское вмешательство, поэтому гарантийные сроки могут быть приняты лишь как ориентировочные, условные. Исполнителем приведены данные, взятые из специальной литературы и общепринятой стоматологической практики.

В подавляющем большинстве случаев фактические сроки службы превышают сроки гарантии, но решающим фактором является надлежащее выполнение Пациентом правил и условий эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему медицинской услуги. Такая информация выдается Пациенту в виде рекомендаций установленного образца и включает в себя:

- перечень надлежащих действий Пациента как до, так и после медицинского вмешательства;
- медикаментозные и иные назначения Исполнителя;
- частота прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее.

### Терапевтическая детская стоматология:

Пломбы и иные реставрационные материалы (исключение - временные пломбы, в том числе реставрация любым материалом зуба, подлежащего дальнейшему протезированию):

гарантийный срок - 2 года; срок службы - 4 года

*На лечение неосложненного кариеса (средний, глубокий кариес) - в случае возникновения осложнения кариеса в течение гарантийного срока – пациент оплачивает стоимость лечения корневого (-ых) канала(-ов), а дальнейшее восстановление коронковой части зуба – будет выполнено без дополнительной оплаты. Если, в данном случае, после лечения корневого(-ых) канала(-ов) потребуются ортопедическое восстановление коронковой части зуба, то сумма оплаты за лечение неосложненного кариеса в течение гарантийного срока будет учтена при оплате за ортопедическую реставрацию зуба.*

### Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)

- Первичное лечение корневых каналов зуба с диагнозом "Пульпит", лечение зуба (временного или постоянного) методом пульпотомии (частичное удаление пульпы):

гарантийный срок - 2 года; срок службы - 4 года

- Лечение корневых каналов зуба с диагнозом "Периодонтит" (первичное или повторное лечение), лечение корневых каналов с незаконченным формированием корней, повторное лечение корневых каналов:

гарантийный срок - 1 год; срок службы 2 года

*На лечение осложненного кариеса (пульпит, периодонтит) - в случае возникновения осложнения в течение гарантийного срока, если потребуются перелечивание корневых каналов или удаление данного зуба, то пациент не оплачивает стоимость данных работ (перелечивание корневых каналов, удаление зуба). Дальнейшее протезирование зуба, в случае необходимости, подлежит оплате пациентом в соответствии с действующим прейскурантом.*

Ортодонтическая стоматология:

- Съёмные заместительные протезы- гарантийный срок – 1 мес., срок службы – 1 год
- Съёмные пластинки для расширения- гарантийный срок – 1 мес., срок службы – 6 мес.
- Несъёмный ретенционный аппарат- гарантийный срок – 6 мес., срок службы – 12 мес.
- В. Съёмный ретенционный аппарат- гарантийный срок – 3 мес., срок службы – 6 мес.
- Силиконовые трейнеры –не распространяются
- Несъёмные ортодонтические конструкции - гарантийный срок - 3 мес., срок службы 12 мес.
- Брекет-система - гарантийный срок 24 мес., срок службы 48 мес.
- Одиночные культевые вкладки – гарантийный срок – 2 года, срок службы – 5 лет
- Временные пластмассовые коронки- гарантийный срок- 3 мес., срок службы- 1 год.

5.3. Гарантийные сроки не распространяются:

5.3.1. При отказе пациента от гарантийных обязательств, при подписании им соответствующего добровольного информированного согласия.

5.3.2. Гарантийные сроки могут быть уменьшены или отсутствовать вовсе при наличии у Пациента определенных заболеваний организма, способных влиять на зубочелюстную систему (ревматические заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, некоторые виды авитаминозов и многие другие).

5.3.3. Гарантийные сроки не распространяются на все случаи внешнего воздействия на зубочелюстную систему, каковыми могут быть травмы, перекусывание особо твердых предметов, сильное химическое, термическое, радиационное воздействие и пр.

5.3.4. Гарантийные сроки не распространяются при заболевании бруксизмом (скрежет зубами), даже если было проведено лечение этого заболевания.

5.3.5. В случае обоснованных претензий Пациента по поводу недостатков медицинской услуги он имеет все права, предусмотренные Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее по тексту – ЗоЗПП) и иными нормативными правовыми актами РФ. С ЗоЗПП можно ознакомиться на информационной доске Исполнителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

6.1. Стороны несут друг перед другом ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения и ухудшения заболевания (-ний), состояния (-ний) Пациента вследствие нарушения самим Пациентом условий настоящего Договора, в частности, невыполнения им предписаний и рекомендаций Исполнителя.

6.4. Невыполнение Пациентом своих обязанностей по настоящему Договору признается его виновными действиями

6.5. Исполнитель не несет ответственности за изменение сроков оказания медицинских услуг, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на назначенный прием, либо невыполнением Пациентом в назначенные Исполнителем сроки необходимых рекомендаций, обследований, специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно.

6.6. Пациент соглашается с тем, что он не будет иметь претензий по поводу результатов оказанной услуги, в случае если такие результаты были изменены в ходе оказания ему медицинских услуг другими медицинскими организациями.

6.7. Пациент согласен принять на себя ответственность за результат услуги, оказываемой по его настоянию и вопреки рекомендациям врача. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят вреда здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения обязанностей Пациента, указанных в Договоре.

6.8. При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков расчета за оказанные услуги Пациент уплачивает Исполнителю неустойку в размере 1% (один процент) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

## 7. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО ДОГОВОРА:

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 11 (Одиннадцати) месяцев или до момента выполнения плана лечения, указанного в амбулаторной карте Пациента.
- 7.2. Окончание срока действия договора не влечет за собой прекращения обязательств сторон по данному договору. Договор признается действующим до определенного в нем момента окончания исполнения сторонами обязательств.
- 7.3. При последующем обращении Пациента к Исполнителю за оказанием ему платных медицинских услуг после окончания срока действия договора, настоящий договор считается автоматически перезаключенным (пролонгированным), если ни одна из сторон не выразила своих требований по поводу изменения его положений.

## 8. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА:

- 8.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.
- 8.2. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии соблюдения требований, предусмотренных п. 4.1.7 и п. 4.3.1 настоящего Договора, о чем обязана уведомить другую сторону в письменной форме, вследствие чего договор будет считаться прекратившим свою силу с момента получения соответствующей стороной такого уведомления.

## 9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ:

- 9.1. Все разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, приняв на себя дополнительное обязательство проходить стадию досудебного урегулирования спора и обращаться за судебной защитой при полном или частичном недостижении заявленных в претензии требований.
- 9.2. По требованию любой из сторон может быть назначена независимая экспертиза (оценка) качества оказанных медицинских услуг. Расходы на такую экспертизу (оценку) несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по обоюдному согласию сторон, в том числе касательно выбора эксперта (специалиста), расходы делятся поровну.
- 9.3. Разногласие, в отношении которого стороны достигли соглашения, подлежит занесению в лист урегулированных споров.
- 9.5. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ в суде г. Ногинске по месту нахождения Исполнителя или по месту заключения и исполнения настоящего Договора или в суде по месту жительства или пребывания Пациента.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

- 10.1. Сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и подлежат разглашению только при согласии Пациента на их распространение неограниченному или строго определенному кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

В случаях предоставления Пациенту сторонними медицинскими организациями медицинских услуг, направленных на достижение цели настоящего Договора или иным образом связанных с исполнением настоящего Договора, Пациент, подписывая настоящий Договор, выражает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем указанными медицинскими организациями сведениями, составляющими его врачебную тайну.

- 10.2. Обработка персональных данных Пациента выполняется с учетом требований ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных».

10.3. Исполнитель информирует Пациента, что зубочелюстную систему следует воспринимать как единое целое, все части которого тесно взаимосвязаны друг с другом, и заболевание или недостаточность части органов и тканей зубочелюстной системы ведет к патологическому функционированию всей системы в целом. Отсюда следует невозможность здоровья лишь элемента зубочелюстной системы при отсутствии здоровья системы в целом. Поэтому, отказываясь от комплексного лечения, Пациент осознаёт всю тяжесть последствий такого решения и принимает все возможные негативные последствия.

- 10.4. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

10.5. В случае изменения у Сторон местонахождения, названия, банковских реквизитов и прочего они обязаны известить об этом другую Сторону в разумные сроки.

10.6. Права и обязанности Пациента осуществляются его представителем в силу и в пределах полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления, в пределах установленных законодательством РФ. Представитель для подтверждения своих прав представляет Исполнителю соответствующие документы, удостоверяющие его статус и полномочия.

- 10.7. Следующие приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

Приложение №1 "План лечения"

- 10.8. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

<p style="text-align: center;"><u>Исполнитель</u></p> <p style="text-align: center;">Организация с ограниченной ответственностью (ООО) «Зубная Фея»</p> <p>Юридический и фактический адрес: 142400, Московская область г.Ногинск ул.Комсомольская д.24Б тел.: +7 (496) 514-51-20</p> <p style="text-align: center;">официальный сайт: <a href="http://www.T-fairy.ru">www.T-fairy.ru</a></p> <p>Код по ОКПО 11775939 Коды по ОКВЭД 85.13 ИНН/ КПП 5031102192/ 503101001 ОГРН 1125031003371 Расчетный счет №407.028.101.036.001.424.30 ОАО Банк «Возрождение г. Москвы Ногинский филиал БИК 044525181 Корр.счет №301.018.109.000.000.001.81 Генеральный Директор _____ /Г.К.Черыкаев/  Дата: _____</p> <p style="text-align: center;">МП</p>	<p style="text-align: center;"><u>Представитель Пациента (Фамилия И.О.):</u></p> <p>_____</p> <p>на законных основаниях и в интересах (Фамилия И.О. ребенка)</p> <p>_____</p> <p>_____ года рождения (ребенка)</p> <p>Паспортные данные законного представителя ребенка:</p> <p>ПАСПОРТ: серия _____ номер _____</p> <p>выдан (кем): _____</p> <p>выдан (когда): _____</p> <p>Адрес регистрации: _____</p> <p>_____</p> <p>Подпись законного представителя ребенка: _____</p> <p>Дата: _____</p>
---	--

**ЗУБНАЯ ФЕЯ**  
СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Генеральному Директору ООО «Зубная Фея» Георгию Константиновичу Черыкаеву  
142400 г.Ногинск Московская область ул.Комсомольская,д.24Б тел.:+7 (915) 155-50-00

---

### ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество полностью законного представителя Пациента)

Паспортные данные законного представителя:

серия \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан (когда): \_\_\_\_\_ Выдан (кем): \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем Пациента на основании документа: \_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении, свидетельство об опеке)

Фамилия, имя, отчество Пациента полностью:

\_\_\_\_\_

№ Свидетельства о рождении ребенка: \_\_\_\_\_

### ДОВЕРЯЮ:

Сопровождение ребенка на стоматологический прием (осмотр, консультация, лечение).  
Принятие решения при согласовании лечения, а также при согласовании стоимости лечения.  
Оплату за оказание платных стоматологических услуг

Данные доверенного лица (кому доверяете выше перечисленные действия):

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные:

серия \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан (когда): \_\_\_\_\_ Выдан (кем): \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

### ! Прикрепить к доверенности:

ксерокопию паспорта законного представителя Пациента  
ксерокопию свидетельства о рождении ребенка

**! Доверенному лицу необходимо предоставить оригинал документа, удостоверяющего личность (паспорт)  
перед каждым приемом Пациента**

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя Пациента: \_\_\_\_\_

Подпись Генерального Директора ООО «Зубная Фея» \_\_\_\_\_ (Г.К.Черыкаев)